

periskop

AUSGABE 51, MÄRZ 2012

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



„HAND UND FUSS SIND DER BESTE ARZT“

HANS-JÖRG SCHELLING, VORSITZENDER DES
VERBANDSVORSTANDES IM HAUPTVERBAND
DER ÖSTERR. SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

KRANKENHAUS IM FOCUS: TIROL

PODIUMSDISKUSSION ÖÖG:
IM AUGEN DEN GANZEN KÖRPER SEHEN



KINDER UND HEILMITTEL

Unsere Gesellschaft nimmt Kinder im Allgemeinen als gesund und lebhaft wahr. Umso mehr Sorgen bereitet es uns, wenn das eigene Kind oder Kinder im Kreis unserer Familie erkranken. Meist sind es Kinderkrankheiten wie Verkühlungen oder Infektionen durch Viren, die die Eltern bekümmern. Wir Apotheker haben nach erfolgter ärztlicher Diagnose die für die richtige Therapie und die Heilung notwendigen Medikamente parat. Nach wenigen Tagen ist die kleine Unpässlichkeit meist schon wieder vergessen. Aber leider gibt es auch bei Kindern Erkrankungen, die nicht so schnell geheilt werden können, sondern einer längeren medikamentösen Therapie bedürfen.

Wir wissen auch, dass Medikamente, die bei Erwachsenen getestet und erfolgreich angewendet werden, bei Kindern oft anders wirken. Wenn die Dosierung nicht stimmt, können sie gesundheitliche Schäden verursachen, denn ein junger Organismus verarbeitet Arzneien anders als der eines Erwachsenen. So bauen Neugeborene Wirkstoffe langsamer ab, weil Leber und Nieren noch nicht ausgereift sind. Kinder über zwei Jahre hingegen scheiden Wirkstoffe schneller aus, da der Stoffwechsel rascher arbeitet als bei Erwachsenen. Daher muss die Dosierung immer an das Gewicht und Alter des Kindes angepasst werden. Selbst vermeintlich harmlose und frei verkäufliche Arzneien können für Kinder gefährlich sein, wenn sie von Unkundigen verabreicht werden.

Kinder müssen oft Medikamente einnehmen, die weder für sie entwickelt noch an ihnen getestet wurden. Meist sind es Wirkstoffe gegen lebensgefährliche Erkrankungen wie Krebs oder Herzleiden. Seit 2007 gibt es eine Verordnung der Europäischen Kommission für kindgerechte Medikamente. Arzneimittelhersteller müssen neue Präparate auch an Minderjährigen testen, um zu ermitteln, welche Dosierung für sie die richtige ist und ob Nebenwirkungen auftreten. Leider gilt diese Verordnung nur bei Neuzulassungen und nicht für die vielen bereits bestehenden Arzneimittel. In diesen Fällen müssen sich die Eltern auf die Erfahrung der (Kinder-)Ärzte wie auch auf die der Apotheker verlassen.

Um diesem komplexen Thema in Zukunft mehr Nachdruck zu verleihen, hat die Oberösterreichische Apothekerkammer eine Diskussionsveranstaltung mit Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitswesen abgehalten. Schwerpunkt dieser Debatte war die adäquate Heilmittelversorgung für Kinder. Speziell in Österreich wird in breiten Bevölkerungskreisen die Meinung vertreten,

Studien mit Kindern seien unethisch und sollten daher auch nicht durchgeführt werden. Für diese Einstellung spielen die menschenunwürdigen Vorkommnisse während des NS-Regimes sicher eine nicht unwesentliche Rolle. Auch die in den letzten Monaten erhobenen Vorwürfe von Menschen, die in den Fünfzigerjahren Heimkinder waren, verstärken die allgemeine Abneigung gegen die wissenschaftliche Forschung in Bezug auf Verträglichkeit und Wirksamkeit von Heilmitteln bei Kindern.

Trotzdem ist es meiner Meinung nach unerlässlich, dass sich die forschende Industrie, die Pharmakonzerne, vor allem aber die Regierungen als oberste Aufsicht ihrer Staaten dieses Themas stärker annehmen als bisher. Alle Diskussionsteilnehmer unseres runden Tisches in Oberösterreich forderten mehr wissenschaftliche Studien über „Kinderheilmittel“. Auch namhafte (Kinder-)Ärzte unterstützen diese Forderung. Schließlich sind sie täglich mit den Missständen in der Arzneimittelversorgung der Jüngsten konfrontiert, die darin begründet liegen, dass die Medikamente nur für Erwachsene, nicht aber für Kinder geprüft und zugelassen wurden. Trotzdem werden sie Kindern – mangels Alternativen – in geringeren Dosierungen verabreicht, ohne dass entsprechende medizinische Studien zur Verfügung stehen. Es wird angenommen, dass neunzig Prozent aller Medikamente, die Kinder einnehmen, nicht adäquat geprüft sind. Das ist aus Sicht der Medizin wie auch der Pharmazie ein unhaltbarer Zustand, der rasch korrigiert werden sollte.

Aus der Perspektive der alltäglichen Praxis eines Apothekers wäre es auch wünschenswert, wenn die diversen Zulassungskriterien von bestehenden Arzneimitteln geändert würden und das den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wie auch uns Apothekern rasch vermittelt würde. Wird zum Beispiel die Dauer der Verabreichung eines Medikaments verlängert oder verkürzt, wissen das die Pharmafirmen, weil sie die Gründe dafür – wie Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten – kennen. Aber behandelnde Ärzte, Pädiater oder Pharmazeuten erreicht dieses Wissen oft noch lange nicht. Häufig erfahren wir so etwas erst von den Eltern, dabei wäre eine raschere Information absolut sinnvoll.

Trotz des umfangreichen Sparpakets der Regierung, das auch unser Gesundheitssystem betreffen wird, bleiben unsere Kinder unser größtes Gut. Deshalb müssen wir – bei allem Sparwillen – mit dem Thema „Kinderheilmittel“ professioneller umgehen.

Meint Ihr Thomas Veitschegger

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



Ein klares Konzept bringt klare Vorteile für Sie!

- Erfahrene Experten als Referenten
- Beispiele aus der Praxis
- Q&A-Sessions pro Thema
- Exklusives Networking mit Insidern
- Kompetenz-Zertifikat

Start Mai 2012
Lehrgang über
5 Tage!

Market Access Management Lehrgang

Praxis-Lehrgang mit Wissens-Check und Kompetenz-Zertifikat

Nähere Info: 01 / 865 42 78 oder n.bauer@hcc-seminare.at
Anmeldung: www.hcc-seminare.at/seminare/mam

EDITORIAL

Renée Gallo-Daniel



„Da Apotheker auf persönlicher, fachlicher und sozialer Ebene umfassend beraten und betreuen, stellen diese einen essenziellen Gesundheitsberuf dar. Mit 2012 wurde ein neues Präsidium des Österreichischen Apothekerverbandes gewählt. Dieses präsentiert im Periskop erstmals seine Ziele.“

Robert Riedl



„Das Gesundheitssystem muss sparen. Daher gilt es für das Individuum zu lernen, Verantwortung für seinen Gesundheitszustand zu übernehmen. Wie Prävention funktionieren kann und welche Maßnahmen dem Hauptverband sowie dem Land Steiermark dafür zur Verfügung stehen, lesen Sie im Blattinneren.“

Hanns Kratzer



„Der Konsum von Suchtgiften ist in Österreich nicht strafbar, wohl aber der Besitz. Sucht ist eine schwerwiegende psychiatrische Erkrankung, deren Behandlung ins Gesundheitssystem integriert werden muss, um einen verbesserten Behandlungszugang und in weiterer Folge eine Entigmatisierung zu erreichen.“

Wilfried Teufel



„Medizinische Gesellschaften haben eine enorme Verantwortung gegenüber ihren Mitgliedern und der Gesellschaft. Der Austausch von Wissen, Techniken und Meinungen im eigenen Fachgebiet und auf interdisziplinärer Ebene hat eine Qualitätssteigerung und langfristig eine bessere Versorgung der Bevölkerung zum Ergebnis.“

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

der Frühling gilt seit jeher als Zeit des Neubeginns, die langen Tage des Winters sind überstanden und mit neuer Kraft widmen wir uns den täglichen Herausforderungen des Lebens.

Dass Sparmaßnahmen für das Gesundheitssystem getroffen werden müssen, ist bekannt. Welche Veränderungen durch den Masterplan Gesundheit bereits vollzogen sind und welche Rolle der Hauptverband für das zukünftige österreichische Gesundheitssystem spielt, erläutert Mag. Dr. Hans Jörg Schelling, Vorsitzender des Verbandsvorstands im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, im Coverstory-Interview.

Der Apothekerverband verfügt seit Anfang 2012 über ein neues Präsidium, bestehend aus Mag. pharm. Dr. Christian Müller-Uri, Mag. pharm. Jürgen Rehak und Mag. pharm. Thomas Veitschegger. Das Dreierpräsidium diskutiert in dieser Ausgabe über die Ziele, Anliegen und Ideen für die Zukunft der selbstständigen Apotheker. Im Gespräch mit dem Periskop erläutern Mag. Peter McDonald, SVA-Obmann-Stellvertreter, und Dr. Martin Fuchs, leitender Arzt der SVA, das mit 2012 in Kraft getretene Vorsorgeprogramm „Selbständig gesund“. Dr. Alexander Wrabetz, Generaldirektor des ORF, spricht im Interview über Veränderungen in der Medienlandschaft sowie über die Gesundheitsberichterstattung im ORF.

Augenprobleme gehören für über vierzig Prozent der Österreicher zu ihrem Alltag. Bei einer Podiumsdiskussion der ÖOG im Jänner wurde unter dem Motto „Mehr Augenmerk! Die Bedeutung klarer Strukturen in den Gesundheitsberufen in der Behandlung chronisch Kranker“ die Notwendigkeit verdeutlicht, das Bewusstsein für die Gesundheit der Augen zu steigern. Mit „Krankenhaus im Focus“ wird eine neue Serie vorgestellt, die in dieser Ausgabe den intramuralen Bereich Tirols präsentiert. Zudem finden Sie einen Bericht über das interdisziplinäre Symposium zur Suchterkrankung Mitte Februar in Grundlsee, bei dem Experten die Behandlung Betroffener aus medizinischer, psychologischer und rechtlicher Sicht diskutierten.

Die Rolle von medizinischen Fachgesellschaften präsentieren OA DR. Sylvia Hartl (ÖGP) und Prim. Univ.-Prof. Dr. Erich Pohanka (ÖGN). Dr. Martin Andreas, MBA von der Ärztekammer für Wien spricht über die ärztliche Ausbildung von Jungmediziner in Österreich und Helene Einramhof-Florian von Bayer über die Besonderheiten der österreichischen Gesundheitsmedienlandschaft.

Mit der ersten Ausgabe dieses Jahres wünschen wir Ihnen eine spannende Lektüre!

Ihre

PERI Group

Und das erwartet Sie im nächsten Periskop: In der Sommerausgabe 2012 präsentieren wir Ihnen einen Rückblick zur Welldone Lounge 37 in der Aula der Wissenschaften. Zudem interviewen wir Generaldirektor Mag. Jan Pazourek von der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse zu innovativen Präventionsmodellen und Thomas Lingelbach von Intercell zu intelligenten Impfstoffen.

INHALT

Kommentar Mag. pharm. Thomas Veitschegger	2
Editorial, Zur Sache, Impressum	3
Coverstory-Interview mit Mag. Dr. Hans-Jörg Schelling	4
Interview mit Mag. Peter McDonald und Dr. Martin Fuchs	7
Interview mit Mag. Kristina Edlinger-Ploder	8
Krankenhaus im Focus: Tirol	10
Kolumne MR Dr. Walter Dorner: ELGA: Verstoß gegen das Verfassungsrecht	13
Podiumsdiskussion der Österreichischen Ophthalmologischen Gesellschaft (ÖOG) ..	14
Kolumne der ÖOG	16
Interview mit Prim. Univ.-Prof. Dr. Erich Pohanka	17
Interview mit dem neuen Präsidium des Apothekerverbands	18
Rückblick Wiener Ärzteball	20
Interview mit Dr. Jan Oliver Huber	21
Welldone öffnet Augen. Eine TV-Kampagne für unsere Augenärzte	22
Interview mit Dr. Alexander Wrabetz	24
Interview mit Doris Winkler	26
Schmerzbericht JOANNEUM Research	29
Interview mit Dr. Martin Andreas, MBA	30
Interview mit OA Dr. Sylvia Hartl	31
Rückblick „Gesundheit im Dialog“	32
UPDATE Europe	33
Verein „Burn Aut“: Burnout ist keine Modeerkrankung	34
Interview mit Mag. Renée Gallo-Daniel	35
Interview mit Dr. Wolfgang Exel, Kronen Zeitung	36
Serie Communications Manager im Gespräch: Teil 4	37
Rückblick des interdisziplinären Symposiums zur Suchterkrankung	38
Interview mit Mag. Sigrid Haslinger	40
Interview mit Mag. Anita Frauwallner	42
Tagung Medizin und Ethik: Krankheit als Lebensstil? Wege und Irrwege	43

IMPRESSUM:

Verleger und Eigentümer: PERI Consulting GmbH, Herausgeber und Geschäftsführung: Mag. Hanns Kratzer, Lazarettgasse 19/4. OG, 1090 Wien; Redaktionsanschrift: Lazarettgasse 19/4. OG, 1090 Wien, Tel.: 01/402 13 41-0, Fax: DW 18, E-Mail: pr@welldone.at; **Offenlegung gemäß §25 Mediengesetz:** Medieninhaber: PERI Consulting GmbH, Lazarettgasse 19/4. OG, 1090 Wien; Unternehmensgegenstand: Beratung; Geschäftsführung: Hanns Kratzer; **Autoren:** Nina Bennett (Redaktionsleitung), Walter Dorner, Sarah Joschtel, Kurt Moser, Sabine Sommer; **Art Direktion:** Dieter Lebesch; **Grafik:** Sonja Huber, Isabelle Lampaert, Natascha Windpassinger, Alex Svec; **Fotos:** Ärztekammer für Wien (1), Bartel, Kronen Zeitung (1), Bayer Austria (2), Europäisches Forum Alpbach, Libansky (8), Gruber, KURIER (5), Jamnig (4), Kaser (2), Oberösterreichische Apothekerkammer (1), Photomakers.org (1), Pflügl (31), Platter (8), Preiss (9), Ramstorfer (3), Seelig (21), Schiffel (1), Sticker (2), Strobl (1), Stockbyte (1), Thaler (2), Tornow (21). **Lektorat:** Ursula Sorz; **Litho:** Welldone. **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.

Zur Sache



Unsere Augen, die Fenster unseres Körpers

In vielen Entwicklungsländern nehmen Augenerkrankungen, hervorgerufen durch Nahrungsmangel, einseitige Ernährung und Wasserknappheit, ein erschreckendes Ausmaß an. Weltweit gibt es 39 Millionen Blinde und 246 Millionen Sehbehinderte. Millionen von Menschen, darunter viele Kinder, leiden an grauem Star (Katarakt), wobei jeder zweite Blinde in den Entwicklungsländern geheilt werden könnte.

Nach Schätzungen der WHO gibt es weltweit über eine Milliarde Menschen mit Sehbehinderungen. 80 Prozent davon leben in Entwicklungsländern. Zehn Prozent aller Rehabilitationsmaßnahmen werden dort erbracht, die „restlichen“ 90 Prozent in den Industriestaaten.

Auch in den Wohlstandsländern – wie in Österreich – nehmen Augenerkrankungen zu. Bei uns in Mitteleuropa allerdings nicht wegen des Nahrungsmangels, sondern allzu oft wegen des Gegenteils davon. Übergewicht, Bluthochdruck und Rauchen sind nur einige „gute“ Voraussetzungen für vorzeitige Augenerkrankungen. Natürlich spielt auch die berufliche Belastung eine immer stärker werdende Rolle. Tätigkeiten wie überwiegende Bildschirmarbeit, starke Sonneneinstrahlung, Staubbelastung oder Feinstaub, wenn man sich beruflich großteils im Freien aufhält, schädigen über viele Jahre die Sehkraft zusätzlich. Die größte Gefahr für unsere Augen sind aber die chronischen Erkrankungen wie zum Beispiel Diabetes.

In Österreich gaben bei einer Befragung über drei Millionen Personen an, mindestens eine Sehbeeinträchtigung gehabt zu haben. Von diesen drei Millionen konnten über 86 Prozent durch Brillen, Kontaktlinsen oder einfache Operationen (etwa bei Katarakt) von ihrer Sehschwäche befreit werden. Die Diagnose Kurzsichtigkeit machte den größten Anteil der drei Millionen Befragten aus.

1999 laborierten hierzulande 1,5 Millionen Menschen an Weit- und Alterssichtigkeit (21 Prozent), 1,2 Millionen an Kurzsichtigkeit (18 Prozent) und 144.000 an einer Starkerkrankung (zwei Prozent). Davon wiederum entfielen drei Viertel auf den grauen Star (Statistik Austria). Insgesamt litten 1999 5,7 Prozent der österreichischen Wohnbevölkerung an einer nicht behobenen Beeinträchtigung ihres Sehvermögens. Zwölf Prozent sind jünger als 30 Jahre. Nahezu jeder Dritte mit Sehproblemen ist zwischen 50 und 69 Jahre alt.

Beinahe drei Viertel der an Star Erkrankten sind mindestens 70 Jahre. 85 Prozent der an grauem Star und 60 Prozent der an grünem Star Erkrankten sind Pensionisten. Ein Viertel der Sehbeeinträchtigten, denen nicht durch Brillen und andere Heilbehelfe geholfen werden kann, sind noch erwerbstätig.

Dank unserem gut funktionierenden Gesundheitssystem ist die Diagnose „Grauer Star“ keine Bedrohung mehr für die Betroffenen. Bei den einzelnen operativen Leistungen erwies sich die Kataraktoperation als häufigster tagesklinischer Eingriff. 2010 wurden in Österreichs Spitälern 81.567 Katarakte operiert, 2001 waren es noch „bescheidene“ 45.588. Das ist eine imposante Steigerung von 79 Prozent innerhalb von zehn Jahren und beweist die hohe Leistungsfähigkeit unserer Spitäler wie auch der Augenärzte.

Trotzdem ist der Gang zum Augenarzt für viele Menschen noch keine Selbstverständlichkeit. Und das obwohl diese bei einem Teil ihrer Patientinnen und Patienten so genannte „Torwächter“ sind und bei einer Untersuchung auch andere, für den Betroffenen schwerwiegende Erkrankungen diagnostizieren können. So kommen viele Diabetiker leider oft sehr spät zu einer Augenuntersuchung. Häufig muss der Augenarzt dann bereits Schädigungen des Sehnervs feststellen, die durch Diabetes hervorgerufen wurden.

Die Gesundheit der Augen ist eines der wichtigsten Güter für den Menschen. Augen- und andere Erkrankungen können vom Augenarzt bei Vorsorgeuntersuchungen erkannt werden. Diese sind – und das gilt für alle Altersgruppen – kein Luxus, sondern sollten zur Routine werden. Speziell für Kinder sollten die ärztlichen Angebote von den Eltern in Anspruch genommen werden. Eine wichtige Maßnahme ist die Mutter-Kind-Pass-Untersuchung. Unser Nachwuchs sollte einmal jährlich im Kindergarten bzw. in der Schule augenärztlich untersucht werden, um Fehlsichtigkeit, Augenerkrankungen und Schielen rechtzeitig zu entdecken. Auch Lese- und Schreibbeschwerden, Kopfschmerzen und vorzeitiges Ermüden können bei Kindern auf Augenerkrankungen hinweisen. Durch fachgerechte Untersuchungen werden die richtigen Brillen für die Kleinen bestimmt, und es kann festgestellt werden, ob das Auge die Ursache für die Beschwerden ist oder eine andere Erkrankung vorliegt.

Jährliche Vorsorgeuntersuchungen im Erwachsenenalter sind für Kontaktlinsenträger und Bildschirmarbeiter sowie für Personen ab 40 Jahren – aufgrund der Gefahr, an Glaukom oder an altersbedingter Makuladegeneration zu erkranken – wünschenswert.

Wesentlich für eine optimale Behandlung und die Behebung der Sehschwäche ist aber auch die Zusammenarbeit zwischen Augenärzten, Optometristen und Optikern.

Nestor

MAG. DR. HANS JÖRG SCHELLING VORSITZENDER
DES VERBANDSVORSTANDES IM HAUPTVERBAND DER
ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER



„Hand und Fuß sind der beste Arzt“

VON MAG. NINA BENNETT, MA

Mag. Dr. Hans Jörg Schelling zieht im Periskop-Interview Zwischenbilanz über seine dreijährige Tätigkeit als Vorsitzender des Verbandsvorstands im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Dabei spricht er über finanzielle Erfordernisse, notwendige Maßnahmen und bisherige Veränderungen durch den Masterplan Gesundheit. Außerdem umreißt der gebürtige Vorarlberger die Rolle des Hauptverbands für das zukünftige österreichische Gesundheitssystem und erklärt, wie das Bewusstsein der Menschen für Prävention gestärkt werden kann.

P: Sie sind nun seit drei Jahren als Vorsitzender des Vorstands im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger tätig. Wie sieht Ihre Zwischenbilanz aus?

Schelling: Zu Beginn meiner Amtsperiode, 2009, musste der Hauptverband der Bundesregierung innerhalb weniger Wochen Maßnahmen vorschlagen, um 1,725 Milliarden Euro an Kostendämpfung für die Periode von 2010 bis 2013 zu realisieren. Das war aus mehreren Gründen eine Herausforderung: Einerseits war die fehlende Zeit ein Problem, andererseits mussten Rahmenbedingungen eingehalten werden, etwa der Verzicht auf Leistungskürzungen. Beides erschwerte die Umsetzung dieser Forderung. Doch wir haben es geschafft, das Konsolidierungspapier vorzulegen. Zunächst wurden die Maßnahmen von vielen Seiten angezweifelt. Heute, drei Jahre später, hat sich herausgestellt, dass die Kostendämpfung nach aktueller Prognose um mindestens 500 Millionen Euro unterschritten werden konnte. Somit konsolidieren wir weit mehr, als uns aufgetragen wurde – und die Leistungsentwicklung wurde davon nicht beeinträchtigt. In den Jahren 2009, 2010 und 2011 konnten wir positiv bilanzieren. Daher ist der Weg, den wir mit der Konsolidierung beschritten haben, durchaus als ein Erfolgsmodell zu bezeichnen – denn die Konsolidierung ist ausgabenseitig kostendämpfend. In der Periode von 2012 bis 2016 müssen wir unser Programm fortsetzen, da mit den Bundesländern eine sektorenübergreifende Gesamtkonsolidierung vereinbart wurde. Bis 2013 sind insgesamt 3,5 Milliarden Euro Kostendämpfung zu erzielen, unter Einbeziehung dessen, was wir schon geschafft haben. Da wir bereits Überschüsse erarbeiten konnten, sind wir zuversichtlich, dieses Ziel erreichen zu können.

P: Wie steht es um den Schuldenstand der Gebietskrankenkassen aus heutiger Sicht?

Schelling: Ausgangswert war 2009 ein Schuldenstand der Gebietskrankenkassen von ungefähr 1,1 Milliarden Euro. Bis 2015 war eine Erhöhung auf 2,4 Milliarden Euro prognostiziert. Mit 31. Jänner 2012 lagen wir bei einem Schuldenstand der Gebietskrankenkassen von 299 Millionen Euro. Deshalb ist davon auszugehen, dass die Gebietskrankenkassen bis 2013 schuldenfrei sein werden. Einzig die Wiener GKK wird möglicherweise davon ausgenommen sein, denn diese hat mit fast 600 Millionen Euro negativ gestartet.

P: Welche Faktoren waren für diese Zwischenbilanz ausschlaggebend?

Schelling: Dafür waren drei Faktoren ausschlaggebend: erstens eine Entschuldungsunterstützung vonseiten der Bundesregierung in der Höhe von dreimal 150 Millionen Euro, die bei uns allerdings nur als Zinsersparnis ankommen, nicht als Kapital. Zweitens gibt es Sondereffekte mit Beträgen von einmal 100 Millionen Euro und zweimal 40 Millionen Euro für den Kassenstrukturfonds. Der wird nur dann ausbezahlt, wenn wir die Vorgaben erreichen. Drittens hat das Konsolidierungsprogramm durch die Träger und mit den Trägern gegriffen. Wir haben jetzt drei Jahre hintereinander Überschüsse erwirtschaftet, die in Schuldentilgungen der Gebietskrankenkassen fließen. Der entscheidende Faktor ist, dass wir nicht gespart, sondern die Kosten gedämpft haben. Unsere Ausgaben wachsen weiterhin jährlich um rund zwei Prozent. Weil sie gering-

fügig unterhalb der Einnahmen wachsen, können wir aber positiv bilanzieren.

P: Welche Rolle nimmt die Entwicklung des Masterplans Gesundheit in dieser Zwischenbilanz ein?

Schelling: Die Entwicklung des Masterplans Gesundheit ist ein weiteres großes Projekt, welches als Zwischenbilanz darzustellen ist. Es basiert darauf, dass wir als Hauptzahler die Aufgabe wahrnehmen, das Gesundheitssystem zukünftig nachhaltig zu organisieren und finanzierbar zu halten. Dazu muss man wissen, dass vom Gesamtbudget der Sozialversicherungen etwa 4,6 Milliarden Euro nicht beeinflussbar sind – das sind jene Zahlungen, die an die Landeskrankenanstaltenfonds gehen. Zudem glauben wir fest daran, dass es in der Gesundheit einen Paradigmenwechsel geben muss, um den Blick weg von der Krankheit hin zur Gesundheit zu lenken. Im Masterplan ist dieses Bestreben als „langes Leben bei guter Gesundheit“ verankert. Dazu haben wir ein Modell skizziert, das bei der Prävention über die Eigenverantwortung ansetzt und zum Thema Gesundheitsförderung führt. Darüber hinaus muss das Modell die notwendigen Infrastrukturen bereitstellen, wie die Ärzteausbildung, neue Versorgungsformen oder integrierte Versorgungsprogramme. Der Masterplan beschäftigt sich zudem mit Finanzstrukturen und der Situation der Spitäler.

P: Welche ersten Erfolge und Veränderungen brachte der Masterplan Gesundheit bisher?

Schelling: Der Masterplan war der Auslöser für zwei grundlegende Veränderungen: Zum einen hat er die ersten Gesundheitsziele im Rahmen der „Nationalen Konferenz für Gesundheitsziele“ hervorgebracht. Obwohl Österreich ein hochentwickeltes Land ist, hatte es bisher noch keine nationalen Gesundheitsziele. Im Jahr 2012 werden wir erstmalig Rahmengesundheitsziele haben,

auf deren Grundlage erforderliche Maßnahmen definiert werden können. Der zweite große Bereich, der durch den Masterplan eingeleitet wurde, ist der Dialog zur Gesundheitsreform. Es ist gelungen, auf unsere Initiative hin eine hochkarätig besetzte Steuerungsgruppe zu installieren, in der jeweils zwei Vertreter des Bundes – nämlich Finanz- und Gesundheitsminister –, des Landes – der Landeshauptmann von Oberösterreich, Dr. Josef Pühringer, und die Stadträtin für Gesundheit und Soziales der Stadt Wien, Mag.^a Sonja Wehsely – sowie der Sozialversicherung – die Obfrau der Wiener Gebietskrankenkasse Mag.^a Ingrid Reischl und meine Person – Gespräche führen. Diese Arbeitsgruppe hat mittlerweile mehrfach getagt und inzwischen viele Aspekte diskutiert und erarbeitet. Der Masterplan Gesundheit ist zwar noch nicht abgeschlossen, aber in vielen seiner Ausprägungen auf einem sehr guten Weg.

P: Was wurde im Rahmen dieser Arbeitsgruppe bisher erreicht?

Schelling: Durch zahlreiche Diskussionen sind wir übereingekommen, einen Finanzstatus herzustellen. Dieser wurde mittlerweile weitestgehend finalisiert. Er zeigt die Entwicklung von Finanzstrukturen und mögliche Maßnahmen auf. Des Weiteren konnten wir einen Versorgungsstatus erarbeiten: Auf einer Versorgungslandkarte ist ersichtlich, in welchen Gebieten Über- oder Unterversorgungen bestehen. Auch der Konsolidierungspfad wurde erarbeitet. Außerdem haben wir klare Definitionen über Zuständigkeiten auf Bundes- und Landesebene. In Zukunft wird die Planung der Versorgung anhand eines so genannten Zielsteuerungsmodells durch die Länder und die Sozialversicherung organisiert. Dadurch werden eine bundeseinheitliche, bundesländerübergreifende, versorgungsorientierte verbindliche Planung nach homogenen Parametern mit Ausgabenobergrenzen und eine sektorenübergreifende Steuerung möglich sein. Bei den Finanzströmen sind wir noch weit auseinander, dennoch zeichnet sich ein Kompromiss im Sinne eines vertraglichen Verrechnungskontos ab. >>>

P: *Wie sehen die nächsten Schritte aus?*

Schelling: Als Nächstes möchten wir eine sehr klare Strategie im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung in Angriff nehmen. Zu diesem Zweck war es zunächst wichtig, die Struktur- und Finanzreform im Gesundheitswesen zu überdenken und zu diskutieren, um feststellen zu können, wie das Gesundheitssystem der Zukunft organisiert sein soll. Wenn in etwas investiert werden muss, das erst in dreißig Jahren Gewinn bringt, ist dieses Unterfangen natürlich schwierig. Trotzdem halte ich es für richtig, dass ein langes Leben bei guter Gesundheit – und damit eine Verlängerung der gesunden Lebensjahre – nur durch Prävention möglich ist. Gerade deshalb haben wir das Ziel der Schaffung eines solchen Bewusstseins auch in den Masterplan integriert. Prävention kann bei allen Einrichtungen erfolgen, die wir momentan als Instrumentarien zur Verfügung haben – ambulant, stationär und im niedergelassenen Bereich. Entsprechende Anlaufstellen, an die sich Menschen wenden können, scheinen mir für die Erreichung dieses Ziels essenziell. Hier sollte künftig schon im Kindesalter angesetzt werden. Denn auch Dinge wie das Streichen von Turnstunden in der Schule haben mittelfristig Auswirkungen auf die Gesundheit.

P: *Wie kann das Bewusstsein der Menschen für Prävention gestärkt werden?*

Schelling: Wir bekennen uns im Masterplan dazu, dass die Eigenverantwortung des Individuums eine große Rolle spielt. Ohne das Mitwirken des Einzelnen wird Prävention nicht funktionieren. Die Schaffung eines Bewusstseins für Prävention muss an vier Ebenen ansetzen: Die erste ist der Gesetzgeber, der Sicherheitsvorschriften vorgibt. Die zweite stellen jene dar, die die Ausführung der Regeln des Gesetzgebers durchsetzen. Die dritte ist die Informationsvermittlung über diese Regeln und die vierte – die Ebene der Umsetzung – ist das Individuum selbst. Achtzig Prozent der Gesundheit werden nicht von den Gesundheitsausgaben beeinflusst, sondern von Ernährung, Bewegung, Bildung, Einkommen, der Arbeitssituation oder auch genetischen Faktoren. Bei Gesundheitsversicherungen ist es im Gegensatz zu allen anderen Versicherungen so, dass diese zahlen, auch wenn der Betroffene ein völlig gesundheitsschädigendes Verhalten an den Tag legt. Es muss klarer kommuniziert werden, dass das Zahlen von Krankenversicherungsbeiträgen nicht das Recht auf Krankheit, sondern die Pflicht zur Gesundheitserhaltung bedeutet. Um ein Beispiel zu nennen: Wir können kein generelles Schweinsbratenverbot aussprechen, aber das Bewusstsein dafür wecken, dass dieser nicht täglich gegessen werden sollte. Diese Eigenverantwortung ist natürlich ein Kurswechsel. Die Politik hat den Menschen jahrzehntelang versprochen, für sie zu sorgen. Und nun muss man erkennen, dass nicht mehr genug Geld in der Staatskasse ist, um dieses Versprechen einzulösen. Wir alle werden daher auch wieder Eigenverantwortung im Sinne von „Vorsorgen statt Versorgen“ übernehmen müssen.

P: *Gesundheit ist von vielen Faktoren – wie Einkommen, Arbeit, Bildung, Ernährung und Bewegung – abhängig. Gerade ärmere Bevölkerungsschichten sind aber oft dazu gezwungen, sich günstiger und damit oft auch schlechter zu ernähren. Wie soll dieses System funktionieren, um keinen Menschen durch seine Einkommenssituation zu benachteiligen?*

Schelling: Ich mache ausdrücklich darauf aufmerksam, dass das Thema Eigenverantwortung in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem nie einen Malus auslösen kann. Der Malus würde die Falschen treffen, nämlich Menschen mit niedrigerer Bildung oder geringerem Einkommen. Bonus ist ein denkbarer Ansatz, und dazu gibt es auch dezidierte Versuche. Bei einem Bonussystem muss genau definiert werden, wie man zu diesem Bonus kommt. Prävention kann nicht darin bestehen, dass die Versicherungen den Menschen zukünftig die Fitnesscenter bezahlen. Sie wird darin bestehen, den Menschen bewusst zu machen, dass sie Teil ihrer Gesundheit sind. Die Hände und Füße sind der beste Arzt: Die Hände entscheiden, was man isst, und die Füße entscheiden, ob Bewegung gemacht wird. Es nützt nichts, zu wenig zu essen und sich dafür nicht zu bewegen. Wer sich genügend bewegt, darf aber auch das eine oder andere Mal über die Stränge schlagen, denn ein Leben ohne Vergnügen ist auch nicht wünschenswert.

„Es muss klarer kommuniziert werden, dass das Zahlen von Krankenversicherungsbeiträgen nicht das Recht auf Krankheit, sondern die Pflicht für Gesundheit bedeutet.“



P: *Bewegen sich Bund und Land diesbezüglich auf ein gemeinsames Ziel zu?*

Schelling: Bund, Land und Sozialversicherung versuchen, einen Konsens zu finden. Der ist in vielen Bereichen bereits gelungen und in manchen noch ausständig. Das Zielsteuerungssystem etwa stellt einen ungeheuren großen Schritt dar.

P: *Gibt es auch zum Thema ELGA ein gemeinsames Ziel?*

Schelling: Ich bin davon überzeugt, dass zukünftig eine elektronische Gesundheitsakte eingeführt wird. Denn durch die demografische Entwicklung der Bevölkerung und des medizinischen Fortschritts werden wir an einer nationalen E-Health-Strategie nicht vorbeikommen. Die technische Infrastruktur würde mit Sicherheit ein besseres Kommunikationssystem vom Arzt zum Patienten herbeiführen. ELGA ist nur eines der möglichen Instrumente für eine nationale E-Health-Strategie. Hinter ELGA steht die E-Medikation. Beides läuft auf derselben gesetzlichen Grundlage, die nachweislich viele Vorteile bringt, etwa für die Nachsorge. Wird ein Patient aus dem Spital entlassen, können alle Befunde für den nachsorgenden Arzt freigeschaltet werden. Somit ist für diesen auf einen Blick ersichtlich, was behandelt wurde und welche Medikamente verabreicht wurden. Der Informationsfluss wird dadurch effizienter.

P: *Eine Frage zu den Kassen: Wird bis 2016 weiter so gespart oder kommt es wieder zu einer Medikamentensteigerung?*

Schelling: Wir haben auch weiterhin eine Medikamentensteigerung. Im vergangenen Jahr lag die Steigerungsrate bei 2,88 Prozent.

Früher war die Steigerungsrate insgesamt sechs Prozent, davon sechzig Prozent Steigerung in der Menge und vierzig Prozent in der Qualität. Heute haben wir eine Mengensteigerung von 1,24 Prozent, also ein Drittel Mengen- und zwei Drittel Preissteigerungen – im Vergleich zum letzten Jahr ist das ein riesiger Erfolg. Und es zeigt klar, dass wir neue Medikamente rasch aufnehmen. Dieser Erfolg hat weder mit dem Auslaufen von Patenten noch mit der Erhöhung des Generikaanteils zu tun, wie häufig behauptet wird, sondern einzig und allein mit dem Verschreibeverhalten.

P: *Welche Art der externen Kommunikation pflegt der Hauptverband?*

Schelling: Für den Hauptverband ist offene Kommunikation enorm wichtig. Von 2009 bis heute hat er äußerst viel Kommunikationsarbeit geleistet, sei es im Rahmen von Gesprächen, Aufklärung oder Pressekonferenzen. Ehrliche Kommunikation und Transparenz waren dabei oberste Priorität. Das wird von der Bevölkerung durchaus positiv aufgenommen.

BioBox:

Mag. Dr. Hans Jörg Schelling studierte an der Universität Linz Betriebswirtschaftslehre. Er promovierte 1981 und war von 1981 bis 1990 in der Leiner/Kika-Unternehmensgruppe tätig. Danach fungierte er von 1992 bis 2005 zuerst als Geschäftsführer und ist seit 2005 im Aufsichtsrat der XXXLutz GmbH in Wels. Seit 1999 ist Dr. Schelling auch geschäftsführender Gesellschafter der Big Deal Marken- und MarketingberatungsgesmbH in Wien. Von 2005 bis 2008 war er als Geschäftsführer für die XLA Holding GmbH in Wels verantwortlich. Der gebürtige Vorarlberger war vor seiner aktuellen Position Obmann der Allgemeinen Unfallversicherung und ist seit 21. Jänner 2009 Vorsitzender des Verbandsvorstands im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

„Klare Gesundheitsziele für die längerfristige Gesundheit unserer Versicherten“



VON MAG. NINA BENNETT, MA

Im Periskop-Interview erläutert Mag. Peter McDonald, SVA-Obmann-Stellvertreter, das 2012 etablierte Vorsorgeprogramm „Selbständig gesund“ für SVA-Versicherte. Der gesundheits- und sozialpolitische Experte beschreibt, wie diese ihren Selbstbehalt halbieren können, und spricht darüber, wie sich die Investition in die Lebensqualität der Versicherten in Zukunft ökonomisch auswirken wird.

P: Mit Jänner 2012 ist ein Anreizsystem in Kraft getreten, demgemäß SVA-Versicherte sich bei Einhaltung definierter Gesundheitsziele künftig den halben Selbstbehalt ersparen. Welche Vorteile hat das Programm „Selbständig gesund“ und wie sieht es im Detail aus?

McDonald: Als Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft haben wir uns vorgenommen, klare Gesundheitsziele in Österreich zu implementieren. Ein wichtiges Ziel stellt das Älterwerden bei guter Gesundheit dar, denn wir Österreicher werden zwar jährlich älter, aber nicht gesünder. Im internationalen Vergleich verbringen wir mehr kranke Jahre als der Durchschnittseuropäer. Aus gesundheitspolitischer Sicht legen wir den Fokus hierzulande zu sehr auf Reparaturmedizin statt auf Vorsorge. Deshalb haben wir zusammen mit der Österreichischen Ärztekammer ein Programm aufgesetzt, das zum Ziel hat, die SVA von der Krankenversicherung hin zu einer Gesundheitsversicherung zu entwickeln – in deren Fokus also die Erhaltung der Gesundheit steht. Unter dieser Voraussetzung haben wir das Gesundheitsvorsorgeprogramm „Selbständig gesund“ geschaffen. Nach einem kostenfreien freiwilligen Gesundheitscheck beim Arzt des Vertrauens werden für unsere Versicherten anhand von fünf Parametern – Gewicht, Blutdruck, Alkohol- und Nikotinkonsum sowie Bewegung – Gesundheitsziele ermittelt. Lebt der Patient gesund, gilt es diese Werte zu erhalten, ansonsten geht es darum, sie zu verbessern. Für dieses Engagement für die eigene Gesundheit wird der Versicherte einerseits durch eine höhere Lebensqualität, andererseits durch die Halbierung des Selbsthalts belohnt.

P: Zur Ökonomie: Durch den Verzicht auf die Hälfte des Selbsthalts wird natürlich auch die Einnahmesituation beeinflusst. Die Untersuchung durch die Ärzte stellt jedoch einen Aufwand dar – wie trägt sich dieses Modell?

McDonald: Da wir in den letzten Jahren sehr gut und solide gewirtschaftet haben, haben wir uns einen Spielraum dafür geschaffen, eine Investition in die Lebensqualität unserer Versicherten – und somit für die Zukunft – zu tätigen. Es ist ein Anfangsinvestment, welches sich mittel- bis langfristig sowohl für die SVA als auch volkswirtschaftlich rechnen wird. Zudem profitiert der Versicherte aufgrund des Vorsorgeprogramms von einer höheren Lebensqualität. Durch den Erhalt der Gesundheit sind weniger Krankenstandstage und eine längere Erwerbstätigkeit möglich. Und somit profitiert auch die Volkswirtschaft insgesamt.

P: Können Sie die Positionierung und strategische Ausrichtung der SVA erläutern?

McDonald: Wir sehen uns als unternehmerische Sozialversicherung, die sich für die nächste Funktionsperiode von fünf Jahren hohe Ziele gesteckt hat. In den letzten Jahren wurde einiges erreicht: Wir sind einer der am effizientesten wirtschaftenden Sozialversicherungsträger. Wir haben uns zuletzt auch sehr für die Entlastung unserer Versicherten engagiert und es wurden im Bereich der sozialen Sicherheit neue Leistungen wie eine Arbeitslosenversicherung für Selbständige oder zusätzliches Krankengeld geschaffen. Für die Zukunft wurden als Ziele der Paradigmenwechsel weg von der Krankenkasse hin zur Gesundheitsversicherung und die Entwicklung neuer Leistungspakete sowie eine Serviceoffensive gesetzt.

P: Welche Anmerkungen haben Sie aus Sicht der SVA zur Gesundheitsreform?

McDonald: Österreich liegt bei den Finanzaufwendungen für Gesundheit im europäischen Spitzenfeld und in der Medizin wird Hervorragendes geleistet. Was jedoch die gesunden und beschwerdefreien Lebensjahre betrifft, so liegen die Österreicher mit weniger als sechzig Jahren unterhalb des EU-Durchschnitts. Dies sollte bei unserer Gesundheitspolitik zu einem Umdenken führen. Dazu müssen bundesweit einheitliche Gesundheitsziele ausgearbeitet werden, wie es der Hauptverband der Sozialversicherungs-

träger mit den Gesundheitszielen ja bereits vorgeschlagen hat. Ein wichtiger Punkt ist hier die Investition in Prävention. Daher müssen die Finanzmittel im gesamten Gesundheitswesen effizienter eingesetzt werden. Dann können Mittel frei gemacht werden, die in die Prävention und Gesundheitsvorsorge investiert werden können. Es muss jetzt zu Reformmaßnahmen kommen, sonst werden wir die Gesundheitsversorgung, wie wir sie heute kennen, in 15 Jahren nicht mehr gewährleisten können. Werden wir alle gesünder, kann auch das Gesundheitssystem gesünder.

BioBox: Mag. Peter McDonald ist stellvertretender Obmann der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA). Seit 2003 ist er in der Bundesleitung des Wirtschaftsverbands tätig und war als gesundheits- und sozialpolitischer Experte wesentlich an der Koordination der Sozialversicherungen und Einigung der Sozialpartner zur Zukunftssicherung der Krankenkassen beteiligt. Er ist seit 2009 Direktor des Österreichischen Wirtschaftsverbands.



„Was [...] die gesunden und beschwerdefreien Lebensjahre betrifft, [...] liegen die Österreicher mit weniger als sechzig Jahren unterhalb des EU-Durchschnitts.“

KOMMENTAR MR DR. WALTER DORNER,
PRÄSIDENT DER ÖSTERREICHISCHEN ÄRZTEKAMMER

„Ein gesunder Lebensstil lohnt sich für Selbstständige zukünftig auch in finanzieller Hinsicht. Denn diese haben seit Jänner 2012 die Möglichkeit, die Hälfte ihres Selbsthalts einzusparen: durch das Erreichen individueller, mit dem Arzt definierter Gesundheitsziele. Ich halte dieses Gesundheitsprogramm, das zwischen SVA und Ärztekammer vereinbart wurde, für eine bahnbrechende Idee, die sich auf lange Sicht für das Gesundheitswesen wie auch finanziell lohnen kann. Gesund leben zahlt sich aus!“

„Lebenssituation für Gesundheit wesentlich“

Dr. Martin Fuchs, leitender Arzt der SVA, spricht im Interview mit dem Periskop über die Messung der Gesundheitsziele, die medizinische Begleitung bei deren Umsetzung und über das Interesse der SVA-Versicherten an der Teilnahme am Programm.

P: Wie kann man sich die Umsetzung und Messung der fünf Ziele – Normalgewicht, Nichtraucher, mäßiger Alkoholkonsum, ausreichende Bewegung und normaler Blutdruck – in der Praxis vorstellen?

Fuchs: Es ist vorgesehen, dass der Arzt individuelle Ziele mit seinem Patienten vereinbart. Ziel ist es, den Versicherten zu motivieren, für sich selbst etwas zu tun. Beim Körpergewicht soll das Normalgewicht erreicht werden. Bei Nikotin ist das Ziel das Aufhören. Erhöhter Alkoholkonsum soll reduziert werden. Regelmäßige Bewegung ist essenziell und erhöhter Blutdruck ist gemeinsam mit dem behandelnden Arzt adäquat zu therapieren. Sind bereits alle Werte im Zielbereich, gilt es diesen guten Zustand zu erhalten.

P: Haben die Versicherten der SVA aus Ihrer Sicht selbst ein besonderes Interesse daran, gesund zu bleiben?

Fuchs: Unsere Versicherten sind in ihren Berufen extrem gefordert. Daher ist es besonders wichtig, dass ihre Ärzte sie auf ihre persönliche Lebenssituation ansprechen: im Hinblick auf Wohlbefinden, ausreichend Schlaf, Ernährung und Bewegung. Unseren Versicherten liegt primär der Erfolg ihres Unternehmens am Herzen, dabei vergessen sie oft auf sich selbst. Wir bieten ihnen einerseits durch den ärztlichen Dienst, andererseits durch unser Case-Management Unterstützung. Dabei handelt es sich um das Aufzeigen unterschiedlicher Möglichkeiten zur Erhaltung der Gesundheit.

P: Gibt es schon ein erstes Feedback zum Modell?

Fuchs: Viele Versicherten sind froh darüber, dass wir uns durch dieses Modell für ihre Gesundheit einsetzen. Natürlich gibt es auch kritische Rückmeldungen – speziell von Versicherten, die ihre Angewohnheiten nicht ändern können. Die Aufgabe des leitenden Arztes besteht meiner Meinung nach darin, Menschen dahin zu führen, ihre persönliche Verantwortung wahrzunehmen. Durch die freiwillige Teilnahme und erfolgreiche Zieleinholung lässt sich der Selbstbehalt unserer Versicherten von zwanzig auf zehn Prozent reduzieren, und das halte ich für einen wertvollen Ansporn.

BioBox: Der gebürtige Wiener Dr. Martin Fuchs hat sich schon in seiner Schulzeit für den Arztberuf entschieden. Sein Weg führte ihn nach seinem Studium an der Medizinischen Universität Wien vorerst in die Pharmabranche, wo er für Boehringer Mannheim tätig war. Danach folgte der Wechsel in die Lehrpraxis und schließlich zum Turnus. 1995 begann Fuchs seine Tätigkeit bei der SVA im chefärztlichen Dienst. Seine derzeitige Funktion als leitender Arzt hat er seit 2004 inne.



„Zeit für Veränderungen“

VON MAG. NINA BENNETT, MA

In Österreich sollen durch die Spitalsreform möglichst rasch 1,8 Milliarden Euro gespart werden. Mag. Kristina Edlinger-Ploder, Landesrätin für Gesundheit und Pflege, Wissenschaft und Forschung in der Steiermark, erläutert im Periskop-Interview die geplanten Sparmaßnahmen für Gesundheitsausgaben in ihrem Bundesland, Optimierungspotenzial im intra- und extramuralen Bereich, ihre Erwartungen an das Personal im Gesundheitsbereich sowie die Gesundheitsförderung in der Steiermark.

P: In Österreich sollen möglichst rasch 1,8 Milliarden Euro bei den Spitälern gespart werden. Was halten Sie von den geplanten Maßnahmen?

Edlinger-Ploder: Die österreichische Perspektive wird sich in den nächsten Wochen lichten. Tatsache ist, dass der Druck der Budgetkonsolidierung mittlerweile enorm angewachsen ist. Es kann nicht sein, dass Österreich bis jetzt keine ordentliche Versorgungsplanung im medizinischen Bereich aufstellen konnte. Wenn wir uns die Benchmarks ansehen, muss man zugeben, dass wir hierzulande einen relativ hohen Input, dafür aber einen geringen Output haben – im Spital wie im niedergelassenen Bereich. Von der Ärztedichte her sind wir auf urbaner Ebene überdurchschnittlich gut aufgestellt, hier haben wir allerdings regionale Probleme. Trotzdem gibt es keine Versorgung in der Nacht oder am Wochenende. Daher appelliere ich an den Ehrgeiz der Verantwortlichen, uns nicht nachsagen lassen zu müssen, dass wir nur mit viel Geld etwas schaffen können, was andere Länder mit wenig finanziellen Mitteln bewerkstelligen. Das undurchschaubare Dickicht der Finanzierungsinstrumente hat das System steuerungsunfähig gemacht. Daher bin ich der Meinung, dass wir das System extrem vereinfachen müssen, und zwar rasch. Ich glaube, dass wir gewisse Systemstrukturen radikal streichen und neue aufbauen müssen. Wir müssen das Spektrum der medizinischen Versorgung definieren: Was wollen wir leisten? Zuerst ist der Bedarf zu eruieren. Die Parameter wollen wir in der Ergebnisqualität setzen und nicht in der Frage, wer wie viel Geld ausgibt.



P: Wie sieht die Spitalsreform in der Steiermark konkret aus und welche Herausforderungen tun sich auf?

Edlinger-Ploder: Auf die steirische Perspektive heruntergebrochen ist die Themenstellung nicht viel anders. Hier haben wir nur zusätzlich das Problem, dass wir vierzig Jahre lang nichts in Richtung einer Situationsverbesserung getan haben. Ich bin unsicher, ob es uns gelingt, diese vierzigjährige Untätigkeit innerhalb von drei Jahren auszugleichen. Die Steiermark war im Hinblick auf die Wirtschaftsentwicklung im Vergleich zu anderen österreichischen Bundesländern ein Spätzügler. Erst durch die positivere Entwicklung der letzten Jahre und durch die Öffnung durch die EU haben wir an Dynamik gewonnen. Wir brauchen jedenfalls kurzfristige Einsparungsmomente, und das wird ohne Einschnitte nicht möglich sein.

P: Mit der Anleihe der steirischen Krankenanstaltengesellschaft in der Höhe von 1,2 Milliarden Euro konnten der Spitalsbetrieb und die laufenden Kosten gesichert werden. Trotzdem müssen 2014 700 Millionen Euro zurückgezahlt werden. Wie ist das zu schaffen?

Edlinger-Ploder: Die Anleihe der steirischen Krankenanstaltengesellschaft wird rolliert neu aufgelegt. So haben wir alle Hände voll zu tun, die Kostensteigerungen in den Griff zu bekommen und den Schuldenberg nicht weiter aufzubauen, aber wir sind derzeit noch nicht in der Lage, Schulden zurückzuzahlen.

P: Was soll man – da wir Menschen länger leben und demnach mehr Versorgung benötigen werden – tun, um diese Kostenexplorierungen bewältigen zu können?

Edlinger-Ploder: Unsere Krankenversorgung ist ineffizient und viele ihrer Leistungen sind schlichtweg unnötig. Hier meine ich Doppelgleisigkeiten wie auch die E-Card als Eintrittskarte in die schöne Welt der Reparaturmedizin. Zwei Bereiche sind notwendig: erstens die neue Aufstellung des Systems und seines Leistungsangebots und zweitens – ein Punkt, der ideologisch noch viel mehr behaftet ist – die Frage der Patientensteuerung. Ich bin eine Anhängerin der Ambulanzgebühr und des Selbstbehalts als prinzipielles System im österreichischen Versicherungswesen. Dieses soll auf alle Versicherungen erfolgsunabhängig ausgeweitet werden. Zahlreiche Ärzte haben mir mittlerweile bestätigt, dass Menschen, die einen gewissen Selbstbehalt für ihre Leistungen zahlen, an ihrem Verhalten gegenüber dem Mediziner zu erkennen sind. Sie stellen detaillierte Fragen und sind interessierter daran, welche Gründe es für eine Untersuchung gibt. Zudem sind sie therapieorientierter. Wir müssen die Menschen dazu zwingen, sich mit ihrem Gesundheitszustand und ihrer Krankheitssituation auseinanderzusetzen. Selbstverantwortung ist dringend notwendig.

P: Der Zustrom an die Ambulanz muss reduziert werden, aber um die gleiche Versorgung und Behandlung zu erhalten, muss der Patient zu einigen niedergelassenen Ärzten gehen, und das kostet Zeit. Welche Erwartungen haben Sie im Hinblick auf das Personal im Gesundheitsbereich für die nächsten Jahre?

Edlinger-Ploder: Wir haben ein großes Problem mit Rettungsfahrten aus stationären Pflegeheimen, die nicht notwendig wären – aber wir haben keinen Facharzt, der Hausbesuche macht. Das ist sicher auch ein Auftrag an das medizinisch tätige Personal. Ich erwarte nicht, dass ein einzelner Arzt 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche zur Verfügung steht, denn eine solche Versorgung wird nur durch Gruppenpraxen funktionieren. Solange der Versorgungsauftrag im extramuralen Bereich nicht klarer definiert wird, wird sich nichts ändern. In der Steiermark erreicht ein Patient in Gröbming leichter einen Hausbesuch eines praktischen Arztes als in Graz – obwohl die Ärztedichte dort natürlich viel geringer ist. Hier gibt es auch ein Berufsethos, die Ärzte sollten sich dem Dienst am Menschen verpflichtet fühlen.

P: Intra- versus extramuraler Bereich: Haben Sie den Eindruck, dass es hier Optimierungspotenzial gibt?

Edlinger-Ploder: Natürlich gibt es hier Optimierungspotenzial. Im intramuralen Bereich steht eine Infrastruktur von zahlreichen Geräten zur Verfügung, die nicht oder nicht in dieser Form benötigt werden. Einzelne Abteilungen sind abzuschaffen, anstatt auf verschiedenen Abteilungen einige wenige Betten zu streichen. In dieser Situation ist leider nur mit Limitierungen zu arbeiten und die Prozesse sind besser zu definieren, damit wir zu einer verbesserten finanziellen Situation gelangen. In einer amerikanischen Studie habe ich erst kürzlich gelesen, dass die Anzahl der Fehldiagnosen auch im Laufe des technischen Fortschritts immer gleich geblieben ist. Das spricht dafür, dass die Technologie nicht als einzig erfolgversprechendes Kriterium angewendet werden darf. Die Haftungsfrage darf natürlich nicht am Einzelnen hängen bleiben, hier müssen wir in der Politik klare Verantwortungen und Regeln aufstellen.

P: Ein weiteres Beispiel zum intra- und extramuralen Bereich: Die Hämodialyse belastet den Spitalsbereich und die Peritonealdialyse den niedergelassenen Bereich auf finanzieller Ebene. Würden sich Patienten, die die Möglichkeit haben, sich zu entscheiden, eher für eine Betreuung zu Hause oder im Spital entscheiden?

Edlinger-Ploder: Obwohl im Spital natürlich ausreichend zufriedenstellende Serviceleistungen für Patienten zur Verfügung stehen, bin ich davon überzeugt, dass sich Menschen lieber zu Hause betreuen lassen würden, wenn sie könnten. Daher spricht nichts gegen eine Heimbetreuung, sofern es sich finanziell rentiert – natürlich in Fällen, in denen es in unserem Gesundheitssystem entsprechende Angebote gibt, wie bei der Peritonealdialyse.

P: Was halten Sie von der elektronischen Gesundheitsakte?

Edlinger-Ploder: Mir ist bewusst, dass der Datenschutz ein ganz wichtiges Thema ist. Aber ich frage mich: Wieso schaffen es andere europäische Länder, ein System wie ELGA durchzusetzen? Das Problem mit dem Datenschutz haben diese Länder schließlich gelöst, daher bin ich mir sicher, dass wir das ebenfalls schaffen werden. Vielmehr glaube ich, dass die Ärzte Angst vor Kontrolle

haben. Die Sinnhaftigkeit von ELGA ist für mich unbestritten, die Umsetzungsfrage wird aber zu Recht kritisiert.

P: Kann die Patientensicherheit aus Sicht der Qualitätserhaltung auch zukünftig gewährleistet werden?

Edlinger-Ploder: Patientensicherheit im Hinblick auf Qualität kann mit Sicherheit auch weiterhin gewährleistet werden. Es gibt genügend Systeme zur Überprüfung von Qualitätskriterien. Diese Systeme sind aus meiner Sicht konsequent durchzuführen und die Ergebnisse sind darzustellen. Dass Spitalsabstände von 15 Kilometern aus Sicht des Systems nicht ideal sind, liegt auf der Hand. Dem Patienten gibt dies jedoch ein hohes Sicherheitsgefühl. Außerdem werden die Menschen immer älter, also müssen wir uns verstärkt um den Pflegebereich – und hier insbesondere um die Pflegebetreuung – kümmern. Wir müssen darüber diskutieren, was der Staat leisten kann. Der Druck, Veränderungen herbeizuführen, ist jedenfalls vorhanden.

P: Was halten Sie von Disease-Management-Programmen für Diabetiker – insbesondere „Therapie aktiv“?

Edlinger-Ploder: Das DMP „Therapie aktiv“ ist eine freiwillige Angelegenheit. Die Patienten müssen für sich selbst Eigenverantwortung übernehmen, man kann sie nicht dazu zwingen. Die Einführung eines Patienten in ein solches Programm kostet Zeit und Mühe. Ein Behandlungspfad ist eine medizinisch abgestimmte Maßnahme in der Leistungserbringung. Natürlich ist die Teilnahme an einem solchen Programm für den Patienten sicherer.

P: Wie sehen Sie das Thema Prävention und Vorsorge in Österreich?

Edlinger-Ploder: Eine gut aufgestellte Bildungspolitik ist für mich die beste Prävention. Leider gibt es hier aus anderen Ressorts noch zu wenig Mitkämpfer, da sich diese meist nicht angesprochen fühlen, ihren Beitrag zu leisten. „Health in all policies“ hat bei uns noch keine Tradition und in Österreich noch nicht Fuß gefasst.


P: Welche Bedeutung kommt der Gesundheitsförderung zu?

Edlinger-Ploder: In der Steiermark arbeiten wir gerade an einer Gesundheitsförderungsstrategie, die in den nächsten Wochen erscheinen wird. Meine Erfahrung damit ist, dass sich solche Maßnahmen sehr schwer umsetzen lassen, obwohl wir uns prioritär nur eine geringe Anzahl an Zielen gesetzt haben. Diese werden wir in einem Zeitraum von drei bis fünf Jahren evaluieren. Betriebliche Gesundheitsförderung ist ein ganz wichtiger und effektiver Ansatzpunkt für viele Bereiche: für psychische Erkrankungen wie auch für körperliche Schäden durch manuell orientierte Berufe. Es existieren auch langfristige Programme, bei denen wir in der Lage sind, Ergebnisse zu präsentieren, wie etwa bei dem in der Steiermark erfolgreichen Kariesprogramm, welches bereits 25 Jahre läuft. Hier konnten wir eine deutliche Steigerung an nachhaltiger Zahnqualität erreichen.

P: Welche Ziele haben Sie sich für die nächsten drei Jahre gesetzt?

Edlinger-Ploder: Das Ziel bis zum Ende der Legislaturperiode ist es, ein sichtbares, nachhaltiges Ergebnis in der Strukturreform zu erreichen – auch wenn wir in dieser Zeit nicht alles erreichen werden können. Wenn dies noch im Einklang mit der Bundesreform stattfinden könnte, wäre das umso schöner. Der zweite Punkt ist die Zusammenführung von Gesundheit und Pflege. Hier erfolgt jetzt ein konkreter Schritt in unserem Bundesland. Wir werden Gesundheits- und Pflegeagenden auf einer Verwaltungsebene zusammenführen – heraus aus dem Sozialbereich, hinein in den Gesundheitsbereich. Hier möchte ich auch ein eigenes Pflege- und Betreuungsgesetz installieren. Für die Zukunft wünsche ich mir, dass Alter nicht nur als Belastung gesehen wird. Patientenverfügungen und Hospizbewegungen sind essenziell, um manches patientenfreundlicher gestalten zu können. Um Leben richtig zu erfassen, müssen wir auch den Tod bedenken und in unsere Überlegungen integrieren.

BioBox: Nach Abschluss des Studiums der Rechtswissenschaften an der Karl-Franzens-Universität in Graz und ihrer Mitarbeit im Aufbau eines Handelsunternehmens wurde Mag. Kristina Edlinger-Ploder ab dem Jahr 1998 im Büro von Landeshauptfrau Waltraud Klasnic tätig, welches sie vier Jahre später leitete. 2003 wurde die gebürtige Grazerin zur Landesrätin für Jugend, Familie und Generationen, Bildung und Wissenschaft berufen, 2004 fungierte sie zusätzlich als Landesrätin für Finanzen. Nach der Landtagswahl im Oktober 2005 wurde Mag. Edlinger-Ploder mit dem Ressort Wissenschaft und Forschung, Verkehr und Technik betraut. Im Mai 2010 übernahm sie die Leitung der Frauenbewegung in der Steiermark, seit September 2010 ist sie als Landesrätin für die Ressorts Gesundheit und Pflegemanagement, Wissenschaft und Forschung in der Steiermärkischen Landesregierung tätig.



„Health in all policies‘ hat bei uns noch keine Tradition und in Österreich noch nicht Fuß gefasst.“

KRANKENHAUS im Focus

HAUS tirol

MAG. NINA BENNETT, MA

Zum Auftakt der neuen Serie „Krankenhaus im Focus“ wurden in der ersten Folge Persönlichkeiten aus dem Umfeld der TILAK (Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH) dazu eingeladen, im Rahmen einer Diskussionsrunde unter dem Titel „Die Rolle der Informationstechnologie in der modernen Patientenbetreuung“ den Stellenwert der IT in der stationären Betreuung gemeinsam zu erörtern.

TEILNEHMER DER DISKUSSIONSRUNDE (in alphabetischer Reihenfolge):

Mag. Claudius Kaloczy

Geschäftsführung ITH icoserve technology for healthcare GmbH

Dr. Georg Lechleitner

Abteilungsleiter der Informationstechnologie der TILAK

Univ.-Prof. Dr. Alois Obwegeser MAS, M.Sc.

Stellvertretender Ärztlicher Direktor des Landeskrankenhauses Innsbruck

Univ.-Prof. Dr. Gerhard Pierer

Direktor der Univ.-Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie Innsbruck

Dr. Christine Schaubmayr, MBA

Pflegedirektorin des Landeskrankenhauses Innsbruck

Mag. Andreas Steiner

Vorstandsdirektor der TILAK

Univ.-Prof. DI Dr. Bernhard Tilg

Landesrat der Landesregierung Tirol

Mag. Hanns Kratzer – PERI Consulting (Moderation)

P: Was sind aus Ihrer Sicht die Kernaufgaben und Grundlagen des Zusammenwirkens eines Krankenanstaltenbetreibers und einer Krankenanstalt? Worin sehen Sie die Hauptaufgabe eines Krankenanstaltenbetreibers? Was sind die strukturellen organisatorischen Fragen, die es zu meistern gilt, und wie sieht die Zusammenarbeit mit der Landesregierung Tirol aus?

Tilg: Der Bereich Informations- und Kommunikationstechnologie ist bereits seit den Achtzigerjahren ein relevantes Thema bei den Tiroler Landeskrankenanstalten. Schon damals haben die Stakeholder darüber nachgedacht, welche unterstützenden Services die Informations- und Kommunikationstechnologie in einem modernen Krankenhaus bieten kann. Die TILAK war über diese zweieinhalb Jahrzehnte sicher nicht nur in Tirol, sondern bundesweit Vorreiter. Andere Bundesländer sind erst später auf diesen Zug aufgesprungen. Das HITT-Kompetenzzentrum (Health Information Technologies Tirol) war das erste Kompetenzzentrum für Medizininformatik in Österreich. In diesem Umfeld sind auch Unternehmen wie ITH icoserve technology for healthcare GmbH entstanden. Das war sicher eine Besonderheit in Österreich. Die Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH, das Land Tirol und der Tiroler Gesundheitsfonds haben über die Jahre hinweg erhebliche finanzielle Mittel in den Ausbau der IT-Infrastruktur gesteckt. Im Zuge dieser Entwicklungen wurde auch das Gesundheitsnetz Tirol (GNT) etabliert, das eines der Vorzeigeprojekte für Gesundheitsvernetzung in unserem Bundesland darstellt. Zusammenfassend ist zu sagen, dass für das Land Tirol und auch für alle Spitalsträger das Thema Informations- und Kommunikationstechnologie von zentraler Bedeutung ist.

P: Die TILAK feierte 2011 ihr zwanzigjähriges Jubiläum. Welchen Stellenwert nimmt die heutige Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) ein bzw. wie hat sich diese im Laufe der Zeit weiterentwickelt? Welche Auswirkungen auf die Schnittstellenthematik ergeben sich, welche Chancen gibt es und wo bestehen

Risiken? Auf welche Best Practices ist die TILAK als Krankenanstaltenbetreiber besonders stolz?

Steiner: Das Zwanzig-Jahre-Jubiläum haben wir dazu genutzt, Bilanz über bereits Erreichtes zu ziehen, aber gleichzeitig auch einen Blick in die Zukunft zu werfen. Bis vor Kurzem war beispielsweise der Patient keine faktische Größe im Gesundheitswesen. Er wurde zwar möglichst gut versorgt und behandelt, aber kaum als „Systempartner“ wahrgenommen. In den letzten Jahren aber, vor allem bedingt durch das Internet, sind die Patienten immer informierter geworden. Es gibt Untersuchungen, laut welchen sechzig Prozent der Patienten online nachschauen, bevor sie zum Arzt gehen, und vierzig Prozent „überprüfen“ die Diagnose des Arztes auch im Nachhinein noch durch „Dr. Google“. Es gibt einen Wandel in der Einstellung des Patienten, er hat einen wesentlich höheren Qualitätsanspruch und will stets umfassend informiert werden. Auch im intramuralen Bereich hat sich sehr vieles verändert. Vor zwanzig Jahren gab es zwar eine Krankenakte, doch die Dokumentation erfolgte nur auf dem Papier. Heute ist die Krankenakte elektronisch auf Knopfdruck abrufbar. Das hat immense Vorteile, nicht nur für Ärzte und Pfleger, sondern vor allem auch für die Patienten. Die Spitäler haben sehr viel unternommen, um aus der EDV-Unterstützung Nutzen für die Patienten zu schaffen. Großer Nachholbedarf besteht derzeit noch in puncto Vernetzung im extramuralen Sektor. Wir brauchen eine intelligente Vernetzung hin zum niedergelassenen Bereich, zu Rehabilitationszentren sowie zu Pflegeheimen.

Schaubmayr: Ich habe zwanzig Jahre TILAK fast vom ersten Tag an miterlebt und somit auch die Entwicklung in der IT bzw. Dokumentation mitgestalten können. Wir haben, vor allem mit der Einführung des Krankenhausinformationssystems (KIS), wahre Quantensprünge absolviert und verfügen derzeit über achtzig Prozent Elektronik im Pflegebereich. Dass sämtliche Informationen in elektronischer Form immer zur Verfügung stehen, ist nicht nur für die Patienten ein wesentlicher Vorteil, sondern auch für das Pflegepersonal, vor allem hinsichtlich Redundanzen. Im Rahmen der elektronischen Krankenakte stehen unseren Mitarbeitern Informationen zur Verfügung, die es ermöglichen, auf den Patienten und seine Bedürfnisse viel gezielter einzugehen als früher. Das stärkt die Beziehung zwischen Patient und Pflegepersonal, verschafft beiden Seiten Sicherheit und baut letztlich Vertrauen auf. Auch der Kommunikationsfluss vom Arzt zum Pflegepersonal bis hin zum Patienten ist „flüssiger“ geworden. Gerade beim Übergang in den Pflegebereich ist ein gutes Entlassungsmanagement wesentlich und erspart dem Patienten und den Angehörigen viel an Verunsicherung und Ängsten bzw. bereitet die nachfolgenden Organisationen auf die pflegerischen Anforderungen entsprechend vor.

Pierer: Die Informationstechnologie im Tiroler Gesundheitswesen ist auf hohem Niveau, das auch international keine Vergleiche scheuen muss. Unsere Bemühungen werden nicht nur landes- und bundesweit, sondern auch international beobachtet und als Vorreitermodell gesehen. Ein funktionierendes Gesundheitsnetz zwischen verschiedenen Trägern herzustellen ist eine

beachtliche Leistung. Der Erfolg lässt sich womöglich durch die sprichwörtliche Tiroler Beharrlichkeit sowie durch die strategische Ausrichtung erklären. Die Bedeutung der Informationstechnologie ist allen Beteiligten bewusst und der politische Wille zu einer entsprechenden Etablierung und Umsetzung war ebenfalls stets gegeben. Die Politik hat unterstützt, die Träger haben Systeme mitentwickelt und strategisch auch so positioniert, dass eine stetige Weiterentwicklung möglich ist. Die Vorteile, die wir heute dadurch sehen, sind das Ergebnis einer langen Entwicklung: Man spart Redundanzen, Befunde und Personal, das ohne IT-Unterstützung mit Organisationsfragen beschäftigt wäre. Wir müssten heute viel mehr Geldmittel investieren und bräuchten wesentlich mehr Administrationspersonal, um das zu bewältigen, was die IT macht. Für Organisationsverantwortliche ist die IT auch über den Patientennutzen hinweg ein sehr wertvolles Tool, das den organisatorischen Gestaltungsrahmen vorgibt und Prozesse unterstützen kann. Die Leistungen gehen also über die reine Dokumentation hinaus. Die Informationen bzw. Datenmenüen, die heutzutage zur Verfügung stehen, sind ohne IT gar nicht mehr zu bewältigen.

Obwegeser: Einzelne Abteilungen oder auch Ärzte haben manchmal das Gefühl, in ihrer Freiheit eingeschränkt zu werden, weil sie diese Strukturen aufgebürdet bekommen. Dabei liefert die IT wesentliche Vorzüge. Vieles an Administration wird von der EDV abgenommen, die Krankenakten stehen jederzeit zur Verfügung und vieles mehr. Ich plädiere daher an alle Ärzte und anderen Gesundheitsberufe, dieses Angebot auch anzunehmen – und zwar unter Berücksichtigung dessen, dass ihr Beruf ein sozialer ist und gewisse Freiräume bestehen bleiben müssen. Der Vorteil für den Patienten liegt auf der Hand: Jedes Untersuchungsergebnis der letzten zwanzig Jahre steht auf Knopfdruck zur Verfügung und der betreuende Mediziner kann sehr schnell auf die benötigten Informationen zugreifen.

Lechleitner: Tirol hat seit der Etablierung des KIS und anderer innovativer Lösungen auf dem Gebiet der Medizin- und Krankenhausinformatik eine Pionierrolle eingenommen. Die TILAK wurde als betriebswirtschaftlich ausgerichtete Holding geschaffen, das war in der damaligen österreichischen Krankenhauslandschaft nicht selbstverständlich. Und sie hat erstmals umfassend SAP-Lösungen eingeführt. Wir haben in den Neunzigerjahren ein radiologisches Bildverarbeitungssystem, ein so genanntes PACS (Picture Archiving and Communication System), in der Unfallradiologie eingeführt. Dieser Bereich schien für PACS damals noch völlig ungeeignet zu sein, weil die Kapazitäten und die Unmittelbarkeit von radiologischer Bildverarbeitung es unmöglich erscheinen ließen. Dementsprechend hart mussten wir um die technischen und finanziellen Möglichkeiten kämpfen. Später waren wir einer der ersten Krankenhausverbände, der ein integriertes klinisches Informationssystem (KIS) eingeführt hat. In bestimmten Bereichen haben wir keine IT-Lösungen gefunden, daher haben wir eigene Unternehmen gegründet. Aus solchen Überlegungen heraus ist auch ITH icoserve entstanden, ein Unternehmen, das ein multimediales Bildverarbeitungs- und gleichzeitig ein breit verwendbares Archivsystem zur Verfügung stellt. Das



Krankenhaus im Focus ist eine neue Serie, die den intramuralen Bereich eines Bundeslandes vorstellt: Im Zuge dieser Themenreihe möchten wir Landeskrankenanstalten-Betreiber skizzieren und die regionalen Besonderheiten beleuchten. Best-Practice-Beispiele und Projekte aus dem Bereich Spitalerhaltung sollen dazu beitragen, die regionale Verantwortung und Kompetenz in diesem Bereich zu unterstreichen.





2. Reihe, v.l.n.r.: Mag. Claudius Kaloczy | Mag. Andreas Steiner | Dr. Georg Lechleitner | 1. Reihe, v.l.n.r.: Univ.-Prof. Dr. Alois Obwegeser MAS, M.Sc. | Univ.-Prof. Dr. Gerhard Pierer | Univ.-Prof. Dr. Bernhard Tilg | Dr. Christine Schaubmayr, MBA | Mag. Hanns Kratzer

Krankenhaus Innsbruck war aber auch in der Telemedizin schon sehr früh „Schrittmacher“, z.B. in der Strahlentherapie. Wir versorgen andere Krankenhäuser, speziell in der Nacht und am Wochenende, mit radiologischen Leistungen auf dem Niveau einer Universitätsklinik. Das ist gerade in der speziellen topografischen Lage Tirols auch ein ganz naheliegender Aspekt. Die Kombination aus lokaler Versorgung in der Peripherie und einem kompetenten Zentrum in der Mitte, die über elektronische Medien verbunden sind, scheint eine gut funktionierende Lösung zu sein.

P: Der Markt für IT-Lösungen im Krankenhaussetting ist auch für sehr große, international tätige Unternehmen interessant. Wie halten Sie da Ihre Position?

Kaloczy: Wir haben einerseits den großen Vorteil, über die Miteigentümerschaft der TILAK direkte Informationen über die Bedürfnisse im klinischen Alltag zu verfügen. Dies ermöglicht uns eine sehr intensive Zusammenarbeit in den technischen Spezifikationen und Funktionsanforderungen. Andererseits treten wir als Dienstleister und Produktlieferant für unseren zweiten Miteigentümer Siemens auf. Wir nutzen so eine perfekte Kombination aus klinischem Know-how, professioneller Produktumsetzung und internationaler Vermarktung. Der konzeptionelle Grundgedanke bei der Gründung von ITH sowie icoserve war es, die entwickelten Leistungen und Produkte nicht nur für den TILAK-eigenen Bedarf zu produzieren, sondern auch internationalen Kunden zur Verfügung stellen zu können. Mit Siemens sind wir sehr erfolgreich unterwegs, unsere Lösungen sowohl im deutschsprachigen Raum als auch international zu vermarkten. Mittlerweile haben wir uns als umfassender und innovativer Lösungsanbieter etabliert. Unser Produktportfolio umfasst neben einem Multimediaarchiv für sämtliche Bilddaten und Dokumenttypen eines Krankenhauses auch eine Vernetzungslösung für den regionalen oder nationalen Datenaustausch von Befunden und Bildern sowie eine Echtzeitlokalisierungslösung zur Erhöhung der Patienten- und Mitarbeitersicherheit.

P: Ein immer wieder angesprochener Bereich ist jener der Schnittstellenthemen von intramural versus extramural. Die Finanzierung von unterschiedlichen Behandlungsformen erfolgt oft aus verschiedenen Töpfen. Die Peritonealdialyse*, eine für den Patienten mit entsprechender Indikation gute und bequeme Form der Dialyse, bietet hier ein Beispiel, anhand dessen man das Thema veranschaulichen kann. Diese Form der Dialyse, bei der der Patient zu Hause die Behandlung in Anspruch nehmen kann, kommt in Österreich im Vergleich zur Hämodialyse nur selten zum Einsatz. Das mag an den bereits angesprochenen unterschiedlichen Finanzierungsquellen liegen. Kann man nun vielleicht mit einer durchgängigen Führung des Patienten, wie sie die IT heutzutage ermöglicht, auch die patientenorientierte Behandlungsform – unabhängig von ihrer Finanzierung – forcieren, wenn der Patient in seiner ganzen Karriere intra- und extramural gesehen wird?

Tilg: Grundsätzlich erleichtert und unterstützt die elektronische Dokumentation von Krankheitsgeschichten eine patienten- und zielorientierte Behandlung. Es gibt jedoch noch einige Herausfor-

derungen, die vor einer österreichweiten Umsetzung gelöst werden müssen. Die E-Medikation ist vonseiten der Bundesgesundheitskommission der erste große Wurf zum Thema ELGA und allen politisch Verantwortlichen auf Bundes- und Länderebene ist klar, dass der Erfolg dieses Projekts darüber entscheidet, wie schnell ELGA umgesetzt werden wird. Die Mediziner haben befürchtet, dass sie in ihrer Freiheit des ärztlichen Handelns zu massiv eingeschränkt werden, das sind auch berechtigte Bedenken. Erfreulicherweise kommen wir nach vielen emotional geführten Diskussionen nun in eine konstruktive Verhandlungsphase. IT- bzw. Softwarelösungen können in einem Krankenhaus, im niedergelassenen Bereich und bei den Apotheken nur etabliert werden, wenn das berufliche Handeln dieser Gruppen unterstützt, aber nicht zu sehr limitiert wird.

Pierer: Ich denke, dass sich die Berufsgruppen bewegen müssen. Diese Befürchtung, zu einer unselbstständigen Marionette des IT-Systems zu werden, wird gerne als Argument benutzt, um liebge-wordene Abläufe nicht ändern zu müssen. Aber im Endeffekt wird die IT das machen, was wir wollen. Wir sind nicht die Sklaven des Systems, sondern wir können es so gestalten, wie wir es benötigen.

P: Es wird immer wieder die Angst vor dem „gläsernen Patienten“ angeführt. Fühlen sich die Menschen gut betreut bzw. sehen sie auch die Vorteile der elektronischen Dokumentation?

Steiner: Wenn die Ärzte und Betreuer auf Pflegeseite gut informiert sind, steigt das Vertrauen der Patienten in die Behandlung, das ist eine wesentliche Beobachtung. Es geht bei vielen dieser Diskussionen immer darum, Vertrauen zu schaffen. Wenn ein neues System eingeführt wird, entstehen immer Bedenken und Ängste. Daher wird es ein zentrales Thema sein, wie man das Vertrauen schafft bzw. vermittelt, dass die IT etwas Sinnvolles leistet. Mit dieser Problematik haben auch die Verantwortlichen der E-Medikation zu kämpfen. Es wird vielerorts befürchtet, dass die Daten missbräuchlich verwendet werden könnten. Ich möchte ein Beispiel anführen: Ein Patient kommt ins Spital, die EDV liefert ein umfassendes Bild seiner Krankheitsgeschichte, seiner Medikation und dergleichen, und bei seiner Entlassung bekommt nicht nur er selbst, sondern auch der Hausarzt eine Notifikation bzw. direkten Zugriff auf die Behandlungsdaten. Das bedeutet, der Patient ist umfassend informiert und wird in allen Bereichen optimal behandelt. Das schafft Vertrauen und hilft, Barrieren abzubauen.

Pierer: In der Krankenhausinformationstechnologie ist der Datenschutz exzellent gewährleistet. Es sind nicht mehr Daten als sonst in der öffentlichen Verwaltung zugänglich. Ich kann beobachten, dass die Patienten diese Entwicklungen eher positiv aufnehmen und froh sind, wenn ihr Gegenüber gut informiert ist. Niemand beschwert sich, dass er im öffentlichen Leben, z.B. bei jedem Bankweg, überwacht wird. Auf Social Networks wie Facebook geben die Leute sehr viel Privates von sich preis, ohne darüber genauer nachzudenken. Im Gesundheitswesen geht es um essenzielle Daten, deren Vernetzung den Patienten zugutekommen soll, und ausgerechnet hier entstehen verquere Diskussionen. Das ist für mich nicht ganz nachvollziehbar.

Tilg: Das Thema Datenschutz wird lange nicht mehr so mit Stigmatisierung verbunden, wie es noch vor einigen Jahren der Fall war. Es ist eine sehr positive Entwicklung zu sehen, auch die Patientenvertretungen – im Speziellen in Tirol – haben sich für die E-Medikation sehr eingesetzt. Für die Patientenvertretung ist klar, dass diese einen unmittelbaren Nutzen für die Patienten hat, und sie kommunizieren das auch. Das war vor fünf oder sechs Jahren nicht selbstverständlich. Hier ist demnach eine Veränderung zu beobachten.

Schaubmayr: Das ist für mich auch nicht verständlich: Jeder geht einkaufen, bezahlt elektronisch und gibt somit Daten weiter, ohne darüber nachzudenken. Um ein Beispiel aus dem intramuralen Bereich zu nennen: Gerade in der Notfallaufnahme ist es wichtig, auf bestimmte Daten des Patienten zugreifen zu können, weil man viel gezielter in eine effiziente Behandlung einsteigen kann. Ich verstehe daher die Argumente der E-Medikations-Gegner nicht. Die Daten stehen nur dort zur Verfügung, wo sie wirklich benötigt werden. Wir wissen, wie viele akute Ereignisse oder Unfälle es gibt, bei welchen jede Sekunde zählt. Wenn bestimmte Informationen sofort zur Verfügung stehen, kann enorm viel Zeit gespart werden.

Lechleitner: Die steigende Notwendigkeit einer IT-Vernetzung ergibt sich auch aus unserer gesellschaftlichen Veränderung, nämlich der Entwicklung hin zu einer immer älter werdenden Bevölkerung. Das heißt, auch in puncto IT stehen in Zukunft nicht mehr einzelne Krankheitsfälle, sondern vor allem multimorbide Patienten mit parallelen chronischen Krankheiten und gleichzeitig akut hinzukommenden Problemen im Mittelpunkt. Dieser Umstand zwingt uns zu einer verstärkten Vernetzung. Viel von dem, was wir in der hausübergreifenden Vernetzungsdiskussion besprechen, könnte man sehr gut aus den Best-Practice-Erfahrungen, die innerhalb von großen Krankenhausorganisationen bereits gewonnen worden sind, ableiten. In Innsbruck gab es z.B. schon sehr früh die Einrichtung von interdisziplinären Boards, im Rahmen derer man, speziell in der Onkologie, gemeinsam Krankheitsbilder diskutiert. Durch IT-Unterstützung liegen die Informationen in einer besseren Qualität und Vollständigkeit vor als früher. Dieses Modell der interdisziplinären Zusammenarbeit kann auch organisationsübergreifend als Vorbild für künftige IT-Lösungen dienen.

Tilg: Das Kardinalsthema der Gesundheitsreform muss es sein, die Strukturen durchlässig zu gestalten. Wenn wir es nicht schaffen, den intra- und extramuralen Bereich in den nächsten drei bis fünf Jahren miteinander so abzustimmen, dass die Mauern niedergerissen werden, die Vorteile der elektronischen Patientenakte ausgespielt werden und der Workflow zwischen Spitalsambulanzen und niedergelassenen Ärzten optimiert wird, dann müssen wir uns mit dem Thema in 15 Jahren wieder beschäftigen. Das gilt es in jedem Fall zu verhindern.

* Bei der Peritoneal- oder auch Bauchfell-Dialyse verwendet man das gut durchblutete Bauchfell (Peritoneum) als Filtermembran während bei der Hämodialyse das Blut außerhalb des Körpers mithilfe eines speziellen Filters gereinigt wird. Die Peritonealdialyse kann von den Patienten weitgehend alleine zu Hause durchgeführt werden.





INTERVIEW MIT UNIV.-PROF. DI DR. BERNHARD TILG
TIROLER LANDESRAT FÜR GESUNDHEIT, WISSENSCHAFT, VERKEHR

„Die Krankenhausstruktur in Tirol hat sich in den letzten Jahren stark verändert“

LR Univ.-Prof. DI Dr. Tilg spricht im Periskop-Interview über die Besonderheiten der Tiroler Krankenanstaltenstruktur im Vergleich zu anderen Ländern, über die Herausforderungen im stationären und ambulanten Bereich sowie über die Versorgung des (Ski-)Tourismus durch die Tiroler Krankenanstalten.



P: Welche Besonderheiten zeigt die Tiroler Struktur im Bereich Krankenanstalten im Vergleich zu anderen Ländern?

Tilg: Wir haben in Tirol derzeit zehn öffentliche Krankenanstalten, welche eine flächendeckende Versorgung der Tiroler Bevölkerung gewährleisten. Ein Vergleich Tirols mit den anderen Bundesländern zeigt eine sehr differenzierte Trägerstruktur. Historisch bedingt spielen in Tirol die Gemeinden bzw. die Gemeindeverbände in der wohnortnahen Versorgung in den Bezirken eine große Rolle. So fungieren neben der TILAK für die vier Landeskrankenhäuser fünf Gemeindeverbände als Träger und Betreiber von Bezirksspitalern. Daneben engagiert sich ein Orden sehr erfolgreich seit Jahrzehnten für die öffentliche Krankenanstaltenversorgung. Die Gemeinden Tirols haben in der Vergangenheit in der stationären Krankenversorgung viel Verantwortung übernommen, insbesondere auch in finanzieller Hinsicht. Die Krankenhausstruktur in Tirol hat sich in den letzten Jahren stark verändert, insbesondere wurden Standortbereinigungen vorgenommen. Bereits im Jahr 1999 wurden mit dem Bezirkskrankenhaus Kufstein-Wörgl zwei ehemalige Krankenhausstandorte am Standort Kufstein konzentriert. Ab dem Jahr 2009 übernahm das BKH St. Johann die volle Versorgung für den Bezirk Kitzbühel. Somit konnte das sehr kleine und damit wirtschaftlich suboptimale Krankenhaus Kitzbühel aus der öffentlichen Krankenanstaltenversorgung herausgelöst werden. Im Jahr 2011 wurden die beiden in Hall in Tirol bestehenden Krankenhäuser – das Bezirkskrankenhaus Hall und das Psychiatrische Krankenhaus –, welche zuvor durch verschiedene Träger geführt wurden, unter der Leitung der Tilak zu einer Krankenanstalt, dem Landeskrankenhause Hall, zusammengefasst. Neben den öffentlichen Krankenanstalten spielen in Tirol traditionell zahlreiche private Krankenanstalten eine bedeutende Rolle in der Versorgung; neben drei Sanatorien sowie weiteren privaten bettenführenden Einrichtungen erfüllen auch private Ambulatorien in zunehmendem Maße Versorgungsfunktionen im ambulanten bzw. tagesklinischen Bereich. Dies trifft in Tirol in besonderer Weise auf die unfallchirurgische Versorgung zu. Diese Entwicklung steht insbesondere auch mit tourismus- bzw. saisonbedingten erhöhten Anforderungen an die medizinische Versorgung im Zusammenhang.



P: Was sind die Herausforderungen im stationären und ambulanten Bereich in Tirol?

Tilg: Mit dem Regionalen Strukturplan Gesundheit stationäres Modul haben wir im Jahr 2009 für die öffentlichen Krankenanstalten den Entwicklungshorizont bis 2015 gestellt. Dabei waren die Stärkung der Altersmedizin (Akutgeriatrie/Remobilisation; Palliativmedizin, Neurologie, Psychiatrie), die Herstellung der regionalen Ausgewogenheit sowie insgesamt die langfristige Gewährleistung der Finanzierbarkeit wesentlich. Die Bezirkskrankenhäuser werden auch weiterhin die flächendeckende Basisversorgung in den Regionen garantieren. Insgesamt wird es im Rahmen der Leistungsangebotsplanung zu einer stärkeren Abstimmung zwischen Leistungen der Basis- und jenen der Spezialversorgung kommen müssen.

P: In welchen Bereichen gibt es aus Ihrer Sicht Verbesserungspotenzial?

Tilg: Verbesserungspotenzial sehe ich insbesondere in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Gemeinsam mit der Sozialversicherung sowie weiteren Systempartnern bearbeiten wir gerade das ambulante Modul des Regionalen Strukturplans. Die ambulanten Leistungen des niedergelassenen Bereichs müssen stärker mit jenen des spitalsambulanten Sektors abgestimmt werden. Wir haben insbesondere im fachärztlichen Bereich teilweise Parallelangebote und keine ausreichenden Steuerungsmöglichkeiten. Wichtig wäre aus meiner Sicht insbesondere die Stärkung der Hausärzte. Jede wohnortnahe Lösung eines gesundheitlichen Problems hilft den Patienten und spart Kosten für das System.

P: Welchen Stellenwert nimmt die Versorgung für den (Ski-)Tourismus durch die Tiroler Krankenanstalten ein?

Tilg: Aufgrund der – saisonbedingt – hohen Tourismusintensität einzelner Regionen in Tirol ergeben sich naturgemäß auch besondere Herausforderungen für die Gesundheitsstrukturen bzw. -versorgung. Darauf war insbesondere bei der Bettenplanung für den stationären Bereich Rücksicht zu nehmen. Andererseits haben sich in Tirol starke private Partner, unfallchirurgische Tageskliniken, herausgebildet, um dem Ansturm ausreichend begegnen zu können.

P: Was wünschen Sie sich für die Zukunft?

Tilg: Insgesamt sollten wir zu echten Gesundheitsreformen in Österreich kommen. Die zentralen Probleme sehe ich in den – nach wie vor – getrennten Verantwortungen in den Bereichen Finanzierung und Planung. Ich bekenne mich zu einem föderalen Gesundheitssystem. Durch Intensivierung der Kooperation zwischen den Sozialversicherungsträgern und dem Land soll es auf regionaler Ebene zu einer bedarfsgerechten integrierten Gesundheitsplanung für den intra- und extramuralen Bereich kommen. Auch sollten die Möglichkeiten für gemeinsame Finanzierungen im Bereich der integrierten Versorgung bzw. im ambulanten Bereich auf Ebene der Länder geschaffen werden. Die Kompetenzen der Gesundheitsplattformen müssten in diesem Zusammenhang entsprechend gestärkt werden. Die notwendigen Rahmenbedingungen hierfür müssten in einem gemeinsamen Reformdialog vonseiten des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung geschaffen werden.



FACTBOX TIROL KRANKENANSTALTEN

Krankenanstalten im Bundesland Tirol

Krankenanstalten mit Öffentlichkeitsrecht	11
Krankenanstalten ohne Öffentlichkeitsrecht	8

Bettenanzahl Tirol

tatsächlich aufgestellte Betten 4.643¹ (Österreich: 64.008)

Ärzte in den Tiroler Krankenanstalten 2010 1.864²

Mit der Gründung der TILAK – Tiroler Landeskrankenhäuser GmbH im Jahr 1990 wurden alle die Landeskrankenhäuser betreffenden Bereiche zusammengefasst und 1991 aus der öffentlichen Verwaltung ausgegliedert. Die TILAK nahm mit Beginn des Jahres 1991 ihre Agenden auf und übernahm damit die Führung der vier Landeskrankenhäuser Innsbruck – Universitätskliniken (LKI), Hochzirl, Natters und des Psychiatrischen Krankenhauses Hall. Mit 1. Jänner 2011 wurde das Aö. Bezirkskrankenhaus Hall in die TILAK integriert und gleichzeitig mit dem Psychiatrischen Krankenhaus Hall zum Landeskrankenhaus Hall fusioniert. Die TILAK führte damit 2011 mehr als die Hälfte aller öffentlichen Krankenhausbetten Tirols, wobei das Landeskrankenhaus Innsbruck – Universitätskliniken (LKI) mit 1.604 krankenanstaltenrechtlich bewilligten Betten im Jahresdurchschnitt eine der größten allgemein öffentlichen Krankenanstalten in Österreich ist.

Der Bereich TILAK-Informationstechnologie ist für den Betrieb und die Weiterentwicklung der Anwendungssysteme zuständig. In allen vier Landeskrankenhäusern werden weitgehend einheitliche IT-Lösungen eingesetzt. Dazu gehören das Patientenmanagementsystem (SAP-ISH), das klinische Informationssystem (Cerner KIS), das OP-Dokumentationssystem (My-Medis), die medizinischen Bildverarbeitungslösungen (PACS und icoserve-AIM) und die betriebswirtschaftlichen Anwendungen (insbesondere SAP). In vielen medizinischen Abteilungen und Bereichen werden darüber hinaus Spezialsysteme eingesetzt. Wichtige Partner sind das Allgemeine Rechenzentrum (und die gemeinsame Firma ATSP) sowie die Tochterfirma ITH icoserve.³ Die Fa. ITH-icoserve hat mit dem „Advanced Image Management“ in der TILAK eines der größten multimedialen medizinischen Archivsysteme geschaffen, das inzwischen als syngo.share international vertrieben wird. Mit dem „Gesundheitsnetz Tirol“ wurde ein erster Teil der ELGA-Österreich realisiert.

Die Geschichte der ITH icoserve begann im Jahr 1998 mit der Gründung und dem Ziel, an den Universitätskliniken Innsbruck ein klinisches Informationssystem zu implementieren. Seither ist dieses erfolgreich im Live-Einsatz. Als Tochter der Siemens AG und des Krankenhausbetreibers TILAK Tiroler Landeskrankenhäuser GmbH ist ITH icoserve im Verbund eines der Weltmarktführer im Gesundheitswesen integriert und trotzdem nahe am Betreiber mehrerer Kliniken.⁴

Quellen: 1. BMG, erstellt am 18.10.2011, veröffentlicht von Statistik Austria. 2. BMG, Jahresmeldung Krankenanstalten, Oktober 2011, Angabe in Vollzeitäquivalenten. 3. <http://www.tilak.at>. 4. <http://www.ith-icoserve.com>

Die Diskussion um die elektronische Gesundheitsakte ELGA geht in die nächste Runde: Nachdem die Ärztekammer in den vergangenen Monaten auf die Mängel des derzeitigen ELGA-Gesetzesentwurfs aufmerksam gemacht hat und sich in einer aktuellen Befragung der Wiener Ärztekammer satte 95 Prozent der Ärztinnen und Ärzte gegen das Gesetz in der von Gesundheitsminister Alois Stöger vorgelegten Form ausgesprochen haben, bestätigt nun ein aktuelles juristisches Gutachten grobe verfassungsrechtliche Defizite.

vorhandene Dokumentenlöschungsmöglichkeiten für Patienten und Unklarheiten bei der ärztlichen Aufklärung bis hin zu nach wie vor fehlenden Such- und Dokumentenkorrekturfunktionen. Die weitere zentrale Frage nach der Freiwilligkeit der Teilnahme an ELGA (Opt-out/Opt-in) war insbesondere für die Ärzteschaft verfassungsrechtlich endgültig abzuklären. Der Ärztekammerpräsident kritisiert darüber hinaus: „Ausschreibungen erfolgen bereits jetzt ohne legislative Grundlagen und

Entwurfsinhalt durch. Unter „Gesundheitsdaten“ sind alle personenbezogenen Daten „über die physische oder psychische Befindlichkeit eines Menschen einschließlich der im Zusammenhang mit der Erhebung der Ursachen für diese Befindlichkeit sowie der Vorsorge oder Versorgung, Diagnose, Therapie- oder Pflegemethoden, der Pflege, der verordneten oder bezogenen Arzneimittel („Medikationsdaten“), Heilbeihilfe oder Hilfsmittel, ...“ zu verstehen. „Was die physische oder psychische Befindlichkeit eines Menschen beeinflusst, ist bekanntlich unerlos. Allein diese Bestimmung bewirkt, dass alle Bestimmungen des Entwurfs, die an den Begriff der Gesundheitsdaten anknüpfen, verfassungswidrig sind“, betont Mayer.

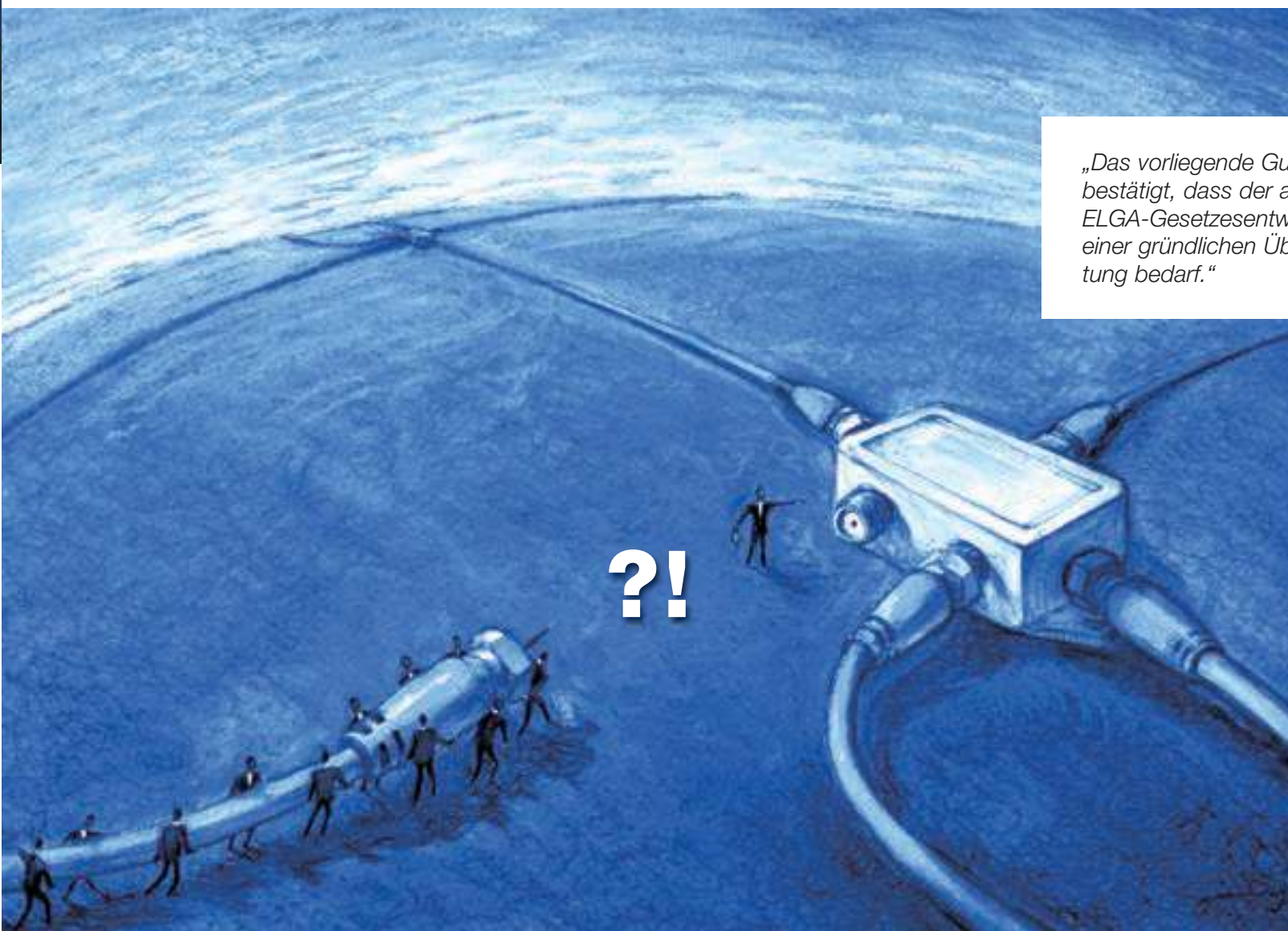
ELGA: Verstoß gegen das Verfassungsrecht



► KASSENÄRZTE KÖNNEN GEZWUNGEN WERDEN, AN ELGA TEILZUNEHMEN, HABEN ABER DAS RECHT AUF VOLLE KOSTENABGELTUNG DURCH DEN GESAMTVERTRAG Dem Gesetzesentwurf zufolge sind Gesundheitsdiensteanbieter zur Verwendung der ELGA verpflichtet und dürfen allfällige Kosten, die ihnen im Zusammenhang mit ELGA entstehen, nicht an ELGA-Teilnehmer weitergeben. Dies bedeutet, dass Gesundheitsdiensteanbieter, also auch Ärztinnen und Ärzte, grundsätzlich verpflichtet sind, die technischen Einrichtungen anzuschaffen, die ihnen die Teilnahme am ELGA-System ermöglichen. Im Entwurf zeigt sich jedoch, dass die Kosten, die den Gesundheitsdiensteanbietern erwachsen können, nicht limitiert sind. Bei jenen Ärztinnen und Ärzten, die in einem Vertragsverhältnis zu einem Sozialversicherungsträger stehen, also „Kassenärzte“ sind, ist davon auszugehen, dass die Kosten der Teilnahme an ELGA bei der Vereinbarung der Honorarordnungen im Rahmen der Gesamtvertragsverhandlungen zu berücksichtigen sind. „Konkret bedeutet das, dass die Kosten der Teilnahme am ELGA-System jedenfalls bei der Festsetzung der Arzthonorare zu berücksichtigen sind“, so Mayer. „Erfolgt eine solche Berücksichtigung nicht, ist der Gesamtvertrag insoweit gesetzwidrig und kann Schadenersatzansprüche der betroffenen Ärztinnen und Ärzte begründen.“ Für ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter, die nicht in ein derartiges Honorierungssystem eingebunden sind, also Wahlärzte ohne Kassenvertrag, wird ganz entscheidend die absolute und relative Höhe der durch die Teilnahme am ELGA-System entstehenden Kosten relevant sein. Mayer: „Wahlärzte zur Teilnahme an ELGA zu zwingen ist verfassungswidrig.“

► NICHTERFASSUNG VON PSYCHOTHERAPEUTEN UND KLINISCHEN PSYCHOLOGEN IST VERFASSUNGSWIDRIG Angehörige des ärztlichen Berufs sind – von bestimmten Ausnahmen abgesehen – ex lege Gesundheitsdiensteanbieter. Zu diesen Ärztinnen und Ärzten zählen auch Fachärzte für Psychiatrie sowie alle Ärztinnen und Ärzte, die psychotherapeutische oder psychologische Leistungen erbringen. Sie sind verpflichtet, an ELGA teilzunehmen. „Demgegenüber sind Psychotherapeuten nach dem Psychotherapiegesetz und klinische Psychologen nach dem Psychologengesetz keine ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter. Für diese Unterscheidung besteht keine sachliche Rechtfertigung“, stellt Mayer abschließend fest.

„Das vorliegende Gutachten bestätigt, dass der aktuelle ELGA-Gesetzesentwurf noch einer gründlichen Überarbeitung bedarf.“



Bereits auf den ersten Gesetzesentwurf zum ELGA-Gesetz, der am 23. Februar 2011 in Begutachtung gegangen ist, folgten in Summe fünfzig Stellungnahmen, von denen 48 zumindest als kritisch bis hin zu gegen die Umsetzung des ELGA-Gesetzes einzustufen sind. Die Österreichische Ärztekammer alleine hat – zusammenfassend für alle Landesärztekammern – eine ungefähr fünfzigseitige ablehnende Stellungnahme unter Anführung aller kritischen Punkte abgegeben. Der ELGA-Gesetzesentwurf vom 4. November 2011 ist der letzte, der vorliegt. Auch hier hat die Ärztekammer wiederholt auf grobe Defizite hingewiesen. Dass das Gesetz in seiner derzeitigen Form nicht verfassungskonform ist, ist das Fazit des aktuellen Rechtsgutachtens, das die Wiener Ärztekammer beim renommierten Verfassungs- und Verwaltungsjuristen Heinz Mayer in Auftrag gegeben hat. Das Ergebnis kommt für Ärztekammerpräsident Walter Dorner „wenig überraschend“. Dorner betont: „Wir sind grundsätzlich nicht gegen den elektronischen Datenaustausch im medizinischen Bereich, schon gar nicht, wenn er unsere Arbeit erleichtert. Das vorliegende Gutachten bestätigt allerdings, dass der aktuelle ELGA-Gesetzesentwurf noch einer gründlichen Überarbeitung bedarf.“



Vorgaben. Die damit verbundenen Risiken sind aus der Erfahrung mit der E-Medikation bekannt.“ Es müssten dringend Lösungen für diese und andere offene Fragen gefunden werden, denn nur mit einem „größtmöglichen Konsens“ könne es eine Akzeptanz der Ärzteschaft geben.

Ergebnisse des Rechtsgutachtens

► OPT-OUT FÜR PATIENTEN IST VERFASSUNGSWIDRIG

Im aktuellen Gesetzesentwurf ist vorgesehen, dass alle Patienten automatisch im ELGA-System sind, sofern sie nicht von sich aus Einspruch erheben, also aus dem System hinausovertieren. Der Verfassungs- und Verwaltungsjurist Heinz Mayer stellt in seinem Gutachten fest: „Die Möglichkeit des Opt-out kann eine Zustimmung nicht ersetzen.“ Denn ein Opt-out setze stets voraus, dass der Betroffene mit seinen Daten zuvor bereits erfasst wurde. Das Unterlassen des Opt-out kann nicht als Zustimmung qualifiziert werden. Die Zustimmung der Patienten zur konkreten Verwendung von ELGA-Daten ist allerdings verfassungsrechtlich notwendig. Mayer: „Würde man ein Opt-out durch ein Opt-in ersetzen, wären die datenschutzrechtlichen Probleme beseitigt.“

► DIE „GESUNDHEITSDATEN“ IN ELGA MÜSSEN AUS GRÜNDEN DES LEGALITÄTSPRINZIPES VIEL KLARER DEFINIERT WERDEN

Die Begriffsbestimmung „Gesundheitsdaten“ ist im Gesetzesentwurf außerordentlich weitreichend und schlägt auf den gesamten

Bezüglich der offenen Rechtsfragen kritisiert die Ärztekammer insbesondere das Fehlen von Regelungen über die ELGA-Architektur (dazu gehört eine Darstellung der Struktur von ELGA, des Aufbaus, der Kompetenzaufteilung etc.). Dies beginnt beim Fehlen einer klaren Struktur der E-Medikation und geht über nicht

Im Auge den ganzen Körper sehen

VON MAG. NINA BENNETT, MA

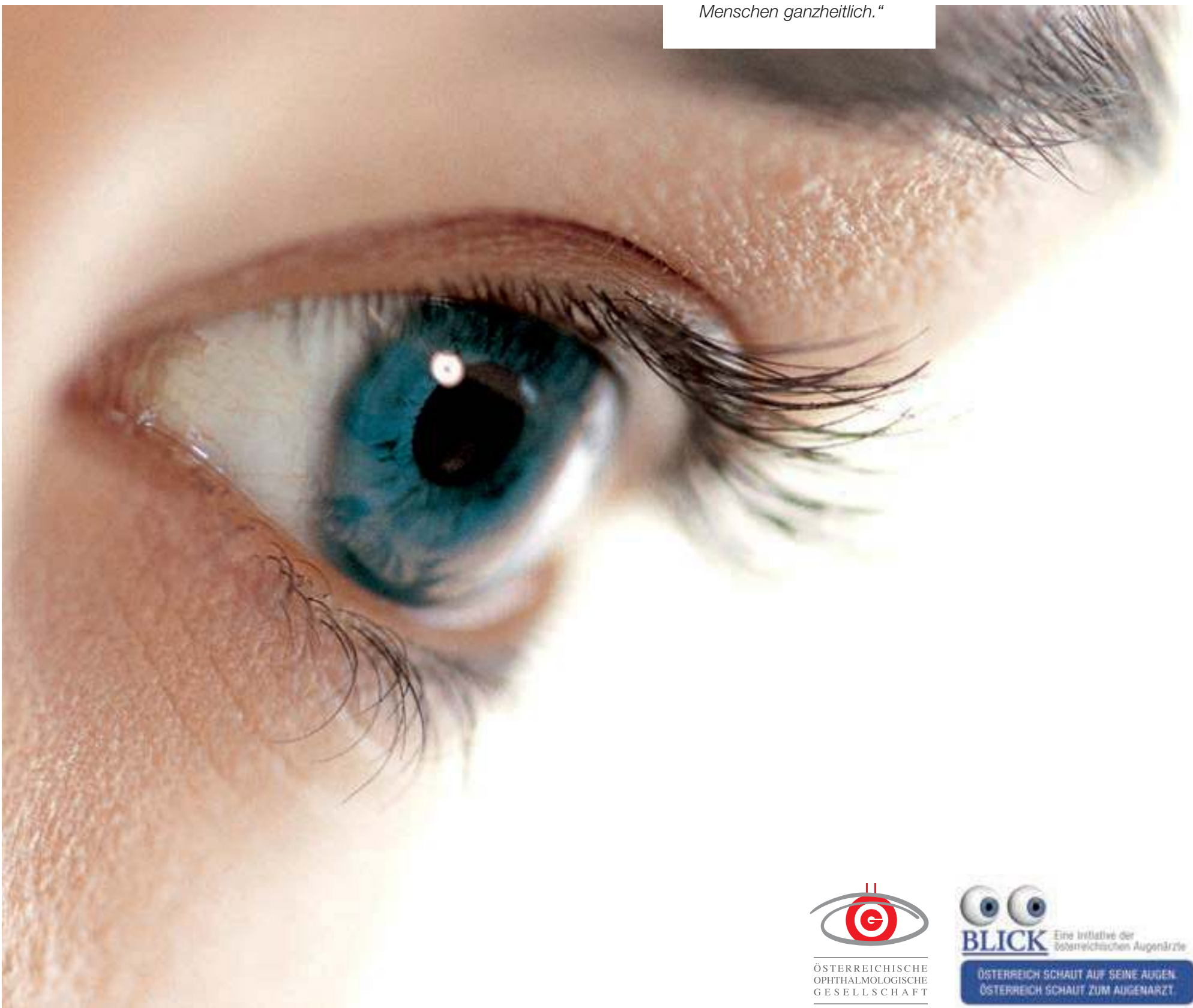
Augenprobleme gehören für über vierzig Prozent der Österreicher zu ihrem Alltag. Da nur wenige Betroffene rechtzeitig einen Augenarzt konsultieren, werden viele Leiden erst bemerkt, wenn bereits Schäden entstanden sind. Zwar wird häufig ein Optiker aufgesucht, regelmäßige Kontrollen beim Ophthalmologen bleiben jedoch aus. Ziel der Österreichischen Ophthalmologischen Gesellschaft (ÖOG) ist es, bei der heimischen Bevölkerung, in der Politik und durchaus auch bei der Ärzteschaft das Bewusstsein für die Augengesundheit zu steigern – insbesondere in Bezug auf die ernstesten Konsequenzen bei fehlender Diagnostik und Therapie. Die Veranstaltung wurde von Pfizer und Novartis unterstützt.

Azem: Die Ophthalmologie steht derzeit an einem Scheideweg, der Chancen, Trends und Risiken in sich birgt. Die Bedeutung der Augenheilkunde wird steigen – alleine durch die demografische Entwicklung. Durch die höhere Lebenserwartung der Menschen steigt das Risiko, eine Augenkrankheit zu bekommen, die sogar zur Erblindung führen kann. Die Chance der Augenheilkunde liegt im enormen medizinischen und technischen Fortschritt. Diese Faktoren gehen alle damit einher, dass augenärztliche Versorgung langfristig gesichert werden muss und vermehrt zu einer Aufgabe der Gesundheitspolitik wird. Gerade im Bereich der Ophthalmologie kann vieles an Leiden und Kosten durch Prävention vermieden werden. Die Risiken der Augenheilkunde liegen in Fehlentwicklungen wie Ökonomisierung, Sparzwang, mangelnden Ressourcen

Hinter Leseschwierigkeiten etwa kann ein Hirntumor stecken. Solche Diagnosen können aber nur vom Augenarzt vorgenommen werden. Wir wünschen uns die Zusammenarbeit mit Gesundheitsberufen wie Optikern. Diese muss aber immer im Rahmen ihrer Kompetenz, Befugnis, Ausbildung und Qualität stattfinden. Gerade die heimischen Fachärzte für Augenheilkunde bieten die qualitativ beste medizinische Leistung in Bezug auf Augengesundheit. Österreichs Augenärzte versorgen die Bevölkerung auf höchstem medizinischem Niveau.

„Augenärzte prüfen nicht nur das Auge an sich, sondern betrachten den Menschen ganzheitlich.“

Binder: Augenärzte prüfen nicht nur das Auge an sich, sondern betrachten den Menschen ganzheitlich. So sind sie in der Lage, nicht nur Augenkrankheiten, sondern auch



Unter dem Motto „Mehr Augenmerk! Die Bedeutung klarer Strukturen in den Gesundheitsberufen in der Behandlung chronisch Kranker“ diskutierten OMR Dr. Helga Azem, (Präsidentin der Österreichischen Ophthalmologischen Gesellschaft – ÖOG), Prim. Univ.-Prof. Susanne Binder (Vorstand der Augenabteilung im Krankenhaus Rudolfstiftung), Dr. Reinhold Glehr (Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin), Mag. Dr. Hans Jörg Schelling (Verbandsvorsitzender im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) und Dr. Thomas Holzgruber (Kammeramtsdirektor der Wiener Ärztekammer) am 27. Jänner in Wien über die Zukunft der Augenheilkunde.

im Gesundheitssystem und Wirtschaftsliberalismus. Diese führen zunehmend zu einem Eindringen von Gesundheitsberufen niedrigerer Qualifikation in den Kernbereich ärztlicher Versorgung. Dadurch wird dem Bürger etwas verkauft, von dem er annimmt, es wäre gratis – jedoch zahlt er gleich doppelt: einerseits in Form von Märgen, andererseits durch Steuern und Beiträge. Dabei erhält der Bürger aber weniger Qualität. Diese Tatsache führt zu einer Entprofessionalisierung des Gesundheitssystems. Dieses erspart sich zwar kurzfristig Geld, langfristig aber zahlt das System in Form von Folgekosten. Das Auge ist ein Anhang unseres Gehirns, wo sich auch andere Erkrankungen, die nicht primär das Auge betreffen, bemerkbar machen.

zahlreiche systemische Erkrankungen, die nicht primär das Auge betreffen, zu diagnostizieren. Vierzig Prozent der Menschen über fünfzig werden im Laufe ihres Lebens an einer bedrohlichen Augenkrankung leiden – aber nur sehr wenige sind sich dessen auch bewusst. Wir haben nichts gegen die Optiker, aber wir wünschen uns, dass die Diagnostik und die Therapie von Augenerkrankungen beim Augenarzt bleibt. Um Patienten ganzheitlich betreuen zu können, ist die Zusammenarbeit von Augenärzten mit anderen Gesundheitsberufen notwendig. So können Ressourcen gebündelt und Synergien genutzt werden. Augengesundheit ist das höchste Gut des Menschen und gehört daher in die Hand des





schickt. Schließlich geht es um das Wohl des Patienten und nicht um persönliche Befindlichkeiten diverser medizinischer Fachgruppen. Präventive Maßnahmen sind essenziell, und dieses Bewusstsein muss auch die Bevölkerung erlangen. Der praktische Arzt muss als Gesundheitskoordinator durch das System helfen und Patienten an Fachärzte weiterverweisen. Gerade im Hinblick auf die wachsende Zahl chronischer Erkrankungen ist die gezielte integrierte Versorgung wichtig. Wir brauchen eine Kette von Gesundheitsberufen, die dazu aufgerufen sind, zusammenzuarbeiten, um so dem Patienten die beste Betreuung zugänglich zu machen.

Holzgruber: Im Hinblick auf die Frage, welche Berufsgruppe die augenärztlichen Patienten betreuen soll, möchte ich auf ein Grundsatzproblem hinweisen: Mitte des 19. Jahrhunderts wurden die Ärzte und andere Gesundheitsberufe aus der Gewerbeordnung herausgenommen. Sie sind seitdem sehr strengen Regelungen in Hinblick auf den Patientenschutz unterworfen. In der Folge haben sich die Gewerbe- und die Gesundheitsberufe getrennt entwickelt. Wir haben die Schwierigkeit, die Gewerbeberufe mit den Gesundheitsberufen zu harmonisieren. Denn im Gewerbebereich herrscht eine generelle Liberalisierungstendenz, die mit den strengen Regeln des Berufsrechts der Gesundheitsberufe nicht zusammenpasst. Der Ärzteausbildungskatalog umfasst 350 Seiten, im anderen Bereich des Gewerbebereichs hingegen gibt es eine Tendenz zum Liberalismus. Ein durchschnittlicher Facharzt für Ophthalmologie ist vierzig Jahre alt, wenn er mit seiner Ausbildung fertig ist. Gerade deshalb bin ich der Meinung, dass jene, die eine so fundierte Ausbildung absolvieren wie der Augenarzt, auch den integrierten Prozess der Patientenversorgung leiten und koordinieren müssen. Gerade der schwierigste Bereich, die Differenzialdiagnose, muss in jedem Fall dem Arzt obliegen.

vielleicht in der Pharmaforschung gearbeitet hat, kann er nach dieser Zeit seine Tätigkeit als niedergelassener Arzt wieder aufnehmen. Er muss nur die Ordination anmelden und den Kammerbeitrag zahlen. Das bedeutet, dass wir über das Thema Qualität diskutieren müssen. Es ist auch verblüffend, wenn in einem Bezirk doppelt so viele Graue-Star-Operationen durchgeführt werden als in einem anderen. Gibt es Richtlinien dafür, ob die Behandlung immer notwendig war?

Binder: Lokale Unterschiede erklären sich aus der Verfügbarkeit von Chirurgen und Zentren. Im Vergleich zu anderen Ländern ist Österreich kein progressives „Katarakt-Entfernungsland“. Die nächste Diskussion sind die tomografischen Untersuchungen der Netz- und Aderhaut, die es derzeit nur im Spital gibt. Im niedergelassenen Bereich werden sie nicht bezahlt. Aber es gibt einzelne Optiker, die sich das ohne Weiteres leisten können und dem Kunden kostenlos anbieten. Da haben wir schon Bedenken – nur ein ausgedrucktes Blatt Papier wird dem Patienten nicht sagen können, ob er gesund ist.

Rechtzeitig untersuchen
 „Der erste ‚Augenblick‘ gehört dem Augenarzt“

Da nur wenige Menschen rechtzeitig einen Augenarzt konsultieren, werden viele Leiden erst bemerkt, wenn bereits Schäden entstanden sind“, erklärt die Augenärztin Helga Azem. „Um die Bedeutung der Augengesundheit in der Öffentlichkeit ins richtige Blickfeld zu rücken, wurde von uns Augenärzten die Initiative ‚Augenblick‘ ins Leben gerufen. Den Patienten soll durch gezielte Informationsangebote bewusst werden, dass der Augenarzt der erste und wichtigste Ansprechpartner sein muss, wenn es um die Gesundheit der Augen geht. Auch wenn sich andere Gesundheitsberufe, die sich mit dem Auge auseinandersetzen – wie Orthoptisten und Optiker –, etabliert und einen hohen Stellenwert erreicht haben, ist es dennoch wesentlich, dass der erste Augenblick dem Arzt gehört.“ Prim. Univ.-Prof. Dr. Susanne Binder: „Das Medizinstudium ist für einen Augenarzt eminent wichtig, weil das Auge kein einzelnes optisches Organ darstellt, sondern in Zusammenhang mit dem menschlichen Körper ganzheitlich betrachtet werden muss. Augenheilkunde ist eine Wissenschaft – man kann sie nicht rein handwerklich lernen.“

INFO: AB VIERZIG JÄHRLICH ZUM AUGENARZT

Vorsorgeuntersuchung: „Eine gute Sehschärfe ist noch kein Garant für ein gesundes Auge“, betont Augenärztin OMR Dr. Helga Azem. „Auch wenn man keine Probleme mit den Augen hat, sollte man ab dem Alter von vierzig Jahren einmal jährlich zur Augen-Vorsorgeuntersuchung gehen.“ Denn dank der Entwicklung der modernen Medizin sind Augenkrankheiten heute in vielen Fällen heil- oder zumindest gut behandelbar.

Kleinkinder: Besonders wichtig ist die Vorsorgeuntersuchung im Kleinkindalter. Sie ist im Rahmen des Mutter-Kind-Passes zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat vorgesehen. Azem: „Sie zählt zu den wichtigsten im Leben eines Menschen, denn hier können Fehlsichtigkeiten, Augenerkrankungen und Schielen rechtzeitig entdeckt werden – Dinge, die unerkannt zu Schwachsichtigkeit bis zur funktionellen Blindheit führen können.“

Facharztes. Die Ausbildung der Augenärzte dauert zwölf Jahre und umfasst dabei nicht nur die Lehre um das Auge, sondern bezieht den gesamten Körper mit allen Zusammenhängen mit ein. Diagnose und Therapie obliegen daher ausschließlich dem Arzt. Im Spital sehe ich viele Patienten mit übersehenen Erkrankungen, etwa Netzhautschwellungen oder -abhebungen, die erst spät zu uns geschickt wurden.

Glehr: Mir als Allgemeinmediziner ist die Zusammenarbeit mit dem Augenarzt enorm wichtig. Einerseits ergibt sich daraus die Zuweisung zur Abklärung von Symptomen wie Sehleistungverschlechterung, Kopfschmerzen oder Schwindel. Andererseits sind viele Erkrankungen am Auge erkennbar – etwa Gefäßschäden, höherer Blutdruck, das Risiko für Herzinfarkt oder Schlaganfall. Für die Früherkennung, Prävention oder das Erkennen von Medikamentennebenwirkungen ist der augenärztliche Befund unverzichtbar. Bei Diabetes können wir im Auge das Fortschreiten der Erkrankung sehr gut nachvollziehen. Gerade die Zusammenarbeit im Hinblick auf chronische Erkrankungen wie Diabetes und Hypertonie ist für eine adäquate Betreuung und Behandlung unserer Patienten von hoher Bedeutung.

Schelling: Ich lasse mir – auch in meiner Funktion als Vizepräsident der Wirtschaftskammer – meine Optiker nicht schlechtmachen. Ich glaube, dass es dem Patienten auch recht ist, wenn ihn ein gut ausgebildeter Optiker im Verdachtsfall zum Augenarzt

Azem: Ich arbeite in meiner Gruppenpraxis mit vier Optikern zusammen und mache sie sicher nicht schlecht. Der Optiker soll gut ausgebildet sein und den Patienten, wenn er nicht weiter weiß, zum Augenarzt schicken. Die Differenzialdiagnose – also festzustellen, ob ein Patient noch gesund oder schon krank ist – sollte im Sinne der Augengesundheit auf jeden Fall dem Arzt obliegen. Das ist die schwerste Diagnose, die man überhaupt stellen kann, und erfordert unwahrscheinlich viel Erfahrung und Wissen.

Schelling: Wenn man sich bestimmte Berufsbilder und ihre Qualifikation ansieht – zum Großteil bilden wir heute auf Fachhochschulniveau aus –, kann man durchaus überlegen, ob etwa eine Hebamme mehr tun darf, als dies heute der Fall ist. Es gibt viele Fälle, in denen es vielleicht sogar besser ist, von einer Hebamme statt von einem Turnusarzt entbunden zu werden. So weit sind wir mit der Qualität nicht, wie wir gerne wären. Ein dramatisches Beispiel: Wenn jemand vor zwanzig Jahren das ius practicandi gemacht hat, aber zwanzig Jahre nicht praktiziert hat, weil er



OMR Dr. Helga Azem, Präsidentin der Österreichischen Ophthalmologischen Gesellschaft – ÖÖG
 Mag. Dr. Hans Jörg Schelling, Verbandsvorsitzender Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger
 Prim. Univ.-Prof. Dr. Susanne Binder, Vorstand der Augenabteilung im Krankenhaus Rudolfstiftung
 Dr. Thomas Holzgruber, Kammeramtsdirektor der Wiener Ärztekammer
 Dr. Reinhold Glehr, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin



„Unsere Augen als Spiegel unserer Seele“

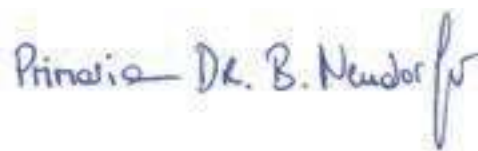
Unsere Augen sind der Spiegel unserer Seele. Sie spiegeln aber auch unser Leben wider. Deshalb begleiten wir Augenärztinnen und Augenärzte unsere Patientinnen und Patienten von der frühen Kindheit bis ins hohe Alter. Ungefähr achtzig Prozent aller Informationen werden über die Augen wahrgenommen. Daran lässt sich messen, wie wichtig die Sehleistung und die Entwicklung des Sehvermögens für Kinder sind.

Sehen will aber gelernt sein. Nur wenn in den ersten Lebensjahren ein scharfes Netzhautbild besteht, lernt das Gehirn, diese Informationen zu verarbeiten – das Kind sieht scharf. Ist diese sensible Phase für das Erlernen des Sehens vorbei und kann nicht nachgeholt werden, bleibt das Auge für immer schwachichtig. Als Augenärzte können wir schon in den ersten Lebensmonaten feststellen, ob sich Kinderaugen normal entwickeln. Eine genaue Messung der Brechkraft des kindlichen Auges kann nur vom Augenarzt bei weitgetropfter Pupille durchgeführt werden. Kinder sind normalerweise weitsichtig. Übersteigt die Weitsichtigkeit eine bestimmte Grenze oder sind die Kinder kurz- bzw. stabsichtig, muss eine Kinder- bzw. Babybrille verordnet werden. Störungen des Sehens bleiben den Eltern häufig verborgen, da das Auge kosmetisch unauffällig erscheinen mag und sich Kinder diesbezüglich oft nicht äußern. Je früher eine Sehschwäche erkannt und behandelt wird, desto besser sind die Erfolgsaussichten. Bei sichtbaren Auffälligkeiten wie zum Beispiel Augenzittern, lichtscheuen Augen, Trübungen am Auge, Herunterhängen der Lider, Kopfschiefhaltung oder Schielen sollte sofort unser augenärztlicher Rat eingeholt werden. Ebenso können wir durch eine Augenuntersuchung oft die Ursache für schnelles Ermüden, Leseunlust, Konzentrationsprobleme, Augenreiben und Blinzeln herausfinden und behandeln.

Ein Kind beim Augenarzt ist nicht einfach ein „kleiner Erwachsener“. Es gibt viele Besonderheiten, die bei der Untersuchung und Behandlung zu beachten sind.

Wichtig ist ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und dem kleinen Patienten. Die genaue Beobachtung des Kindes, die Prüfung der Augenbeweglichkeit sowie die Kontrolle der Augenstellung sind ein wesentlicher Bestandteil der Untersuchung. Ein Sehtest ist bei kleinen

Kindern auf herkömmliche Weise nicht möglich. Hier werden statt Buchstaben oder Zahlen einfache Symbole vorgeführt. Bei Säuglingen können wir die Sehleistung durch die Aufmerksamkeitsreaktion auf unterschiedlich breite Schwarz-Weiß-Streifenmuster im Vergleich zu einer homogenen grauen Fläche einschätzen. Der Vorderabschnitt des Auges wird mit der Spaltlampe völlig schmerzfrei untersucht. Die Beurteilung der Netzhaut erfolgt bei weitgetropfter Pupille, ebenso wie die Messung der Brechkraft des Auges, um eine Brille zu bestimmen oder eine normale Brechkraft nachzuweisen. Diese wird mit der Skiaskopie schmerzlos ermittelt. Mithilfe eines Skiaskops wird ein Lichtstrahl ins Auge projiziert. Durch Vorhalten verschieden starker Korrekturgläser werden die Intensität und die Bewegung des Reflexes verändert. Aus diesen Phänomenen kann der Augenarzt die Brechkraft exakt bestimmen. Die Skiaskopie ist den Computertests weit überlegen und bei Kindern unerlässlich. Tritt eine Schwäche im Erlernen des Lesens und Schreibens auf, besteht oft die Verdachtsdiagnose Legasthenie. Etwa fünf Prozent der Bevölkerung leiden an dieser Störung, doch um die korrekte Diagnose stellen zu können, ist eine exakte augenärztliche Untersuchung unumgänglich. Komplexe Fragestellungen werden an den österreichischen Sehschulen im interdisziplinären Team von Augenärztinnen und Augenärzten sowie Orthoptistinnen und Orthoptisten abgeklärt und weiter behandelt. So ist eine optimale Rundumversorgung unserer Kinder bei allen Augenproblemen gegeben.



Prim. Dr. Barbara Neudorfer

Konventhospital Barmherzige Brüder Linz
Abteilungsleiterin der Abteilung für Orthoptik – Sehschule
Vorsitzende des Consilium Strabologicum Austriacum der ÖOG

NEUE WEGE FÜR JUNGE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE!

Berufen! Die internationale Berufs- und Karriereplattform.



Die **Österreichische Ärztekammer** veranstaltet **2012** in Zusammenarbeit mit großen deutschen, österreichischen und auch weiteren europäischen Krankenhäusern sowie der Hochschülerschaft der Medizinischen Universitäten eine **Job- und Karrieremesse** für angehende Ärztinnen und Ärzte. Diese findet an drei aufeinanderfolgenden Tagen in **Innsbruck, Graz und Wien** statt. Ideale

Gelegenheiten, um sich über Ausbildungen und Arbeitsbedingungen vorwiegend an deutschen und österreichischen, aber auch an anderen europäischen Spitälern zu informieren. Nach Vorträgen und Erfahrungsberichten zu Beginn der Messe stehen Vertreter dieser Krankenhäuser persönlich für Gespräche und Fragen an den Messeständen den ganzen Tag zur Verfügung.

TERMINE DER VERANSTALTUNGSREIHE

- 22.05.2012 Innsbruck** | Congress Innsbruck
- 23.05.2012 Graz** | Messe Graz
- 24.05.2012 Wien** | Stadthalle Wien

„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

„Das Herz ist emotional besetzt, die Niere nicht“

VON SARAH JOSCHTEL, BAKK. PHIL.
UND MAG. NINA BENNETT, MA

Die Zahl der Dialysepatienten und Nierentransplantierten hat sich in der letzten Dekade nahezu verdoppelt. Vor allem Erkrankungen wie diabetische Nephropathie, arterielle Hypertonie und vaskuläre Nierenerkrankungen haben einen jährlichen Zuwachs an dialysepflichtigen Patienten von sechs Prozent verursacht, wodurch es wiederholt zu Engpässen in der Versorgung mit Dialyseplätzen kommt. Univ.-Prof. Dr. Erich Pohanka, der im Zuge der gemeinsamen Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Nephrologie (ÖGN) und der Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie (ÖGH) im November 2011 für die nächsten beiden Jahre zum Präsidenten der ÖGN gewählt wurde, nimmt im Periskop-Interview zu diesen Aspekten Stellung.

P: Existieren zur Förderung der Früherkennung und Vorsorge hinsichtlich Nierenerkrankungen auch Partnerschaften mit Allgemeinmedizinern?

Pohanka: Die Allgemeinmediziner würden für uns eigentlich eine besonders wichtige Stellung einnehmen, leider ist die Bereitschaft, sich nephrologischen Themen zuzuwenden, nicht in dem Ausmaß gegeben. Ein wichtiger Aspekt ist deshalb die Stärkung der Wahrnehmung der Nephrologie und der Nephrologen in der Öffentlichkeit wie auch bei der Kollegenschaft. Das Bild vom Arzt, der sich einzig um den Dialysepatienten kümmert, ist schlichtweg falsch. Nephrologen sind nicht Dialyse-doktoren, sondern diejenigen, deren Aufgabe es

renerkrankungen vergleichsweise nur wenige Menschen betreffen. Nahezu jeder kennt jemanden, der einen Herzinfarkt hatte, aber nicht jeder kennt einen Dialysepatienten. Man darf auch nicht vergessen, dass die Kardiologie als eine eigene, unverwechselbare Subdisziplin wahrgenommen wird, während Nierenerkrankungen in der Öffentlichkeit oft automatisch mit dem Fach Urologie assoziiert werden.

P: Ist es notwendig, österreichweit für eine bessere Vernetzung von Behandlungsangeboten zu sorgen?

Pohanka: Mit Sicherheit, um die adäquate Behandlung der Patienten landesweit zu gewährleisten. Im Rahmen von Reformen und Einsparungen existiert häufig die Ansicht, dass man von der Auslagerung der Leistungen aus dem intramuralen in den extramuralen Bereich profitieren könne. Bei der Nephrologie funktioniert das jedoch nicht, denn dazu sind niedergelassene Spezialisten in der Praxis notwendig. Niedergelassene Nephrologen finden sich aber nur sehr vereinzelt. Hier wären Sonderverträge mit Refundierung der speziellen Leistungen notwendig.

P: Legen die einzelnen Bundesländer unterschiedlich viel Wert auf die Bedeutung der Nephrologie?

Pohanka: Davon ist auszugehen. Allerdings sind wir besonders engagiert, gerade in jenen Bundesländern, in denen die Disziplin weniger präsent ist, das Bewusstsein zu stärken und die Thematik positiv darzustellen.

„Das Ziel muss sein, die insgesamt kostengünstigste, aber auch effektivste und beste Behandlungsform für den Patienten zu finden.“

P: Gibt es neben der nephrologischen Versorgung noch weitere Aufgabengebiete, die Sie anstreben?

Pohanka: Im Besonderen ist es unser Anliegen, einen Beitrag zur ökonomischen Behandlung der Patienten zu liefern, denn gerade in der Nephrologie sind überaus teure Therapiemethoden im Einsatz. Damit möglichst allen Patienten die bestmögliche Behandlung zur Verfügung gestellt werden kann, müssen die vorhandenen Ressourcen entsprechend ökonomisch eingesetzt werden. Nur so kann garantiert werden, dass innovative Therapien mit gesicherter Indikation den Patienten auch in Zukunft zur Verfügung stehen werden. Unabhängig davon, was sie kosten.

P: Wie dringend werden Reformen benötigt?

Pohanka: Es stellt sich eher die Frage, wie hoch die Bereitschaft für Reformen ist. Wenn im System ein ernsthaftes Problem erkannt wird, so sollten Politiker generell bereit sein, darüber zu diskutieren, Lösungen zu finden und diese auf raschem Wege umzusetzen. Doch die Entwicklung von Maßnahmen dauert oft zu lange und ist meist nicht umfassend genug. Meiner Ansicht nach wird eine Gesundheits- und nicht eine Spitalsreform benötigt, denn schließlich liegt das Problem nicht ausschließlich bei den Spitälern – das gesamte System ist problematisch, auch niedergelassene Kollegen sind betroffen. Es wird unbedingt eine gemeinsame Finanzierung benötigt. Reform darf nicht nur bedeuten, dass Kosten von einem Kostenträger zum anderen verschoben werden, der sich dann wiederum dagegen wehrt. Das Ziel muss sein, die insgesamt kostengünstigste, aber auch effektivste und beste Behandlungsform für den Patienten zu finden. Um das zu erreichen, müssen beide Bereiche, der extramurale und der intramurale, optimal vernetzt werden.

BioBox:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Erich Pohanka ist Leiter der II. Medizinischen Abteilung mit Schwerpunkt Nephrologie am AKH Linz. Nach dem Abschluss des Medizinstudiums an der Universität Wien folgte die Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin. Er besuchte die University of California in San Francisco und absolvierte im Anschluss eine Ausbildung zum Additivfacharzt für Nephrologie. Vor der

Übernahme der Leitung der II. Medizinischen Abteilung 2009 war Prim. Univ.-Prof. Dr. Pohanka als Oberarzt der Abteilung Nephrologie und Dialyse an der Universitätsklinik für Innere Medizin III am Wiener AKH tätig. Im November 2011 wurde er zum Präsidenten der Österreichischen Gesellschaft für Nephrologie (ÖGN) gewählt. Seit 2010 ist er außerdem Präsident von Austrotransplant und österreichischer Vertreter im Vorstand und im Beirat von Eurotransplant. Seine Arbeits- und Forschungsschwerpunkte sind Nieren- und Hochdruckerkrankungen sowie die Nachsorge nach Nierentransplantationen.



P: Welche Themen und Ziele verfolgen Sie während Ihrer Präsidentschaft?

Pohanka: Die ÖGN ist in erster Linie eine wissenschaftliche Gesellschaft zur Förderung der Forschung auf dem Gebiet der Nierenerkrankungen und der Nierenersatztherapie, deren Ziele klar definiert sind. Sie ist ein Netzwerk der nephrologisch tätigen Ärzte in Österreich und dient dem Wissensaustausch der Kollegen. Dementsprechend finden regelmäßig Veranstaltungen und Workshops für Nephrologen, aber auch für Internisten statt, die nicht direkt auf diesem Gebiet spezialisiert sind. Zudem ist es unser Ziel, die Forschungsarbeit weiterhin zu intensivieren und diese vermehrt zu fördern. Die ÖGN sitzt aber nicht im Elfenbeinturm der Wissenschaft, sondern beschäftigt sich auch mit sozialen und gesundheitspolitischen Fragen, um die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

P: Ist in Österreich eine ausreichende nephrologische Infrastruktur gegeben?

Pohanka: Die Infrastruktur ist regional unterschiedlich, denn es gibt Gebiete, die nephrologisch sehr gut versorgt sind, und andere, in denen Aufholbedarf besteht. Es ist auf jeden Fall Ziel der ÖGN, diesem Bedarf nachzukommen und die Versorgung der Patienten durch Gewährleistung einer umfassenden nephrologischen Infrastruktur in ganz Österreich zu sichern. Dies muss besonders im Angesicht der derzeit notwendigen und geplanten Sparmaßnahmen von oberster Priorität sein. Der Vorstand der ÖGN sieht seine Aufgabe deshalb auch in der Wahrung von politischen Kontakten, um diesen Bestrebungen entsprechend nachkommen zu können.

ist, das Fortschreiten der Krankheit zu verzögern, damit der Patient nicht oder erst möglichst spät an die Dialyse kommt – das ist das eigentliche Ziel der Nephrologie.

P: Leidet unter diesen Umständen die Früherkennung von Nierenerkrankungen?

Pohanka: Man darf nicht vergessen, dass Nierenerkrankungen in den seltensten Fällen schmerzhaft sind. Deshalb werden sie von den Patienten oft viel zu spät bemerkt. Manche Menschen gehen nicht regelmäßig oder erst sehr spät zum Arzt. Generell leidet die Früherkennung von Nierenerkrankungen dort nicht, wo die regionale nephrologische Infrastruktur vorhanden ist. Die meisten Patienten werden dann auch rechtzeitig an Spezialisten verwiesen. Jedenfalls darf eine renale Erkrankung im Frühstadium kein Anlass für therapeutischen Nihilismus sein.

P: Ist der Kardiologe populärer als der Nephrologe?

Pohanka: Auf jeden Fall ist der Kardiologe bekannter. Das Herz ist traditionell ein emotional besetztes Organ, die Niere nicht. Die Komplexität ihrer zahlreichen Aufgaben – im Wesentlichen die Aufrechterhaltung der intra- und extrazellulären Homöostase im Körper – ist bestimmt nur wenigen Menschen bewusst. Außerdem sind Exkremente nun einmal nicht appetitlich. Hinzu kommt, dass Nie-



Der Apothekerverband verfügt seit Anfang 2012 über ein neues Präsidium. Mag. pharm. Dr. Christian Müller-Uri, Konzessionär der Landschaftsapotheke in Schwechat, wurde vom Vorstand des Österreichischen Apothekerverbands mit großer Mehrheit zum Präsidenten gewählt. Gemeinsam mit seinen ebenfalls neu gewählten Vizepräsidenten, dem Vorarlberger Landesgruppenobmann Mag. pharm. Jürgen Rehak und dem oberösterreichischen Landesgruppenobmann Mag. pharm. Thomas Veitschegger, übernahm er am 1. Jänner 2012 das Steuerrad in der Landesvertretung der selbstständigen Apotheker. Im Periskop-Interview diskutierte das Dreierpräsidium über Ziele, Anliegen und Ideen für die Zukunft.

muss, um Wahrnehmung und Aufmerksamkeit zu erlangen. Dieses Bestreben kann vor allem bei einem strukturierten und gut erarbeiteten internen System gelingen. Kunden werden von uns umfassend und optimal versorgt. Daher sind wir im Gesundheitssystem ein wichtiger Berufsstand. Diese Tatsache muss an die Politik kommuniziert werden, denn die Politiker als Repräsentanten der Bürger können hier Abhilfe schaffen. Problematisch war bisher, dass wir Apotheker im Hinblick auf die Gesellschaftspolitik eher reagiert haben statt aktiv zu agieren und zu kommunizieren.

Rehak: Die Apothekerschaft war lange Zeit der Meinung, dass stille Diplomatie mehr nützt als lautes Hinausrufen. Früher hat man

P: Es existieren Verband und Kammer. Besteht bezüglich der Aufgabengebiete eine klare Trennlinie?

Veitschegger: Generell sollte der Verband Themen erarbeiten und durchaus ohne Scheuklappen gewisse Aspekte bedenken, um sie anschließend in die Kammer zu tragen, damit es ein gemeinsames Thema wird. Es gilt jetzt, diese Linie verstärkt zu erarbeiten.

P: Wird die Apothekerschaft durch patientenindividuelle Einzelpackungen von Medikamenten, das Blistern, gefährdet?

Veitschegger: Das Blistern ist in Österreich unter Mitwirken der Apothekerschaft entstanden, denn das Abpacken von Medika-

Österreichischer Apothekerverband „Agieren statt reagieren“



VON MAG. NINA BENNETT, MA

P: Sie wurden Anfang 2012 zum neuen Präsidium des Apothekerverbands gewählt. Herr Dr. Müller-Uri, was bedeutet Ihnen Ihre neue Funktion als Präsident des Apothekerverbands?

Müller-Uri: Ich freue mich über das große Vertrauen in unsere Kompetenz. Seit 1997 bin ich bereits in der Landesvertretung der Apotheker aktiv. Ich verstehe diese Wahl als Bestätigung meiner jahrelangen Arbeit im Verband, aber auch als Auftrag. Mein Team und ich werden nicht alles neu, aber einiges anders machen. Ein wichtiges Anliegen ist es, auch in Zukunft die wohnortnahe Versorgung der Bürger mit lebenswichtigen Arzneimitteln zu sichern. Dieses System gewährleisten die öffentlichen Apotheken flächendeckend.

P: Welche Ziele möchten Sie in den nächsten fünf Jahren für die Apothekerschaft erreichen?

Müller-Uri: In erster Linie wollen wir eine Imagestärkung des Apothekerstandes – insbesondere bei der Politik – erreichen, denn in der Bevölkerung ergeben die Vertrauensumfragen immer hervorragende Werte. Die Politik muss dahingehend informiert werden, welche Leistungen wir Apotheker bieten, welche Funktionen wir haben und weshalb diese essenziell sind. Die Leistungen der Apothekerschaft werden heute als ganz selbstverständlich hingenommen, das gilt es zu korrigieren. Obwohl wir – je nach Standort – pro Tag mehrere hundert Patienten hochprofessionell beraten und betreuen, werden wir oftmals vergessen, wenn Gesundheitsberufe in den Medien Erwähnung finden. Wir müssen der Öffentlichkeit vermitteln, dass wir ein professioneller Berufsstand sind, der bei den Patienten durch den niederschweligen Zugang hohes Vertrauen genießt, und dass wir diese auf der Grundlage unserer Kompetenz auf persönlicher, fachlicher und sozialer Ebene umfassend beraten und betreuen.

P: Hat sich die Apothekerschaft bisher nicht ausreichend als wesentlicher Bestandteil des Gesundheitssystems positioniert?

Müller-Uri: Um an die Bevölkerung heranzutreten, müssen die Mitglieder der Apothekerschaft in erster Linie intern davon in Kenntnis gesetzt werden, dass mehr Außenwirkung gezeigt werden

sich mit den Stakeholdern verständigt und versucht, sachorientiert gemeinsame Lösungen zu finden. Das hat lange Zeit recht gut funktioniert, doch inzwischen hat sich die Medien- und Öffentlichkeitsarbeit verändert. Heute wird man nur wahrgenommen, wenn man demonstrativ auftritt. Dieser Wechsel von der eher stillen Diplomatie zu einer etwas kämpferischeren Haltung wurde nur teilweise und langsam vollzogen – deshalb wurden wir bisher in der Öffentlichkeit nur bedingt wahrgenommen. Dies gilt es zu verändern.

Veitschegger: Um es konkret zu formulieren: Tue Gutes und rede darüber. Unser Tun muss gemeinsam mit den Medien dementsprechend kommuniziert werden.

P: Gibt es demnach eine Umkehr im Hinblick auf die Kommunikation nach außen und innen?

Müller-Uri: Wir stehen zur Seriosität der Apothekerschaft, möchten unseren Patienten Sicherheit, Kompetenz und eine Vertrauensbasis bieten. Das war bisher vermutlich ein Weg, der in der Öffentlichkeit nicht immer gebührend wahrgenommen wurde. Manchmal gewährleistet ein unbequemerer Weg ein Mehr an Aufmerksamkeit. Es ist daher wichtig zu hinterfragen, ob unser Wert für die Gesellschaft auch entsprechend gewürdigt worden ist und wird. Jedenfalls ist feststellbar, dass er bisher zu wenig kommuniziert wurde. Jetzt ist ein verstärktes, lauterer Auftreten in der breiten Öffentlichkeit gefragt, ein Aufzeigen unserer Leistungen, eine Veranschaulichung unserer Kompetenzen und unserer nicht zu unterschätzenden vertrauensvollen und persönlichen Beziehung zu unseren Kunden. Deshalb spreche ich mich für ein verstärktes Auftreten der Apothekerschaft in der Zukunft aus.

Rehak: In der Vergangenheit wurde zudem zu wenig innerhalb des Berufsstands kommuniziert und auch von den Mitgliedern nicht in dem gewünschten Ausmaß mitgetragen. Es gilt, sich mit den Apothekern zu solidarisieren und sie im Hinblick auf unsere Anliegen ins Boot zu holen. Durch eine klare Strategie kann diesbezüglich eine Änderung herbeigeführt werden. Von der Kammer wünsche ich mir mehr Kompromissbereitschaft und auch, dass Themen, deren Zuständigkeiten auf selbstständiger Seite liegen, stärker unterstützt werden.

menten und das Vorbereiten von mundgerechter

Medikation dient der Arzneimittelsicherheit. Letztendlich muss aber festgestellt werden, dass das Ausblistern von Medikamenten enorme Kosten verursacht und diese nicht von der Apothekerschaft übernommen werden können. Grundsätzlich ist man als Apotheker dazu aufgerufen, die Patienten über die Einnahme der Arzneimittel zu beraten und sie bei verschiedenen Therapiemaßnahmen zu unterstützen. Vor allem in einer Zeit, in der die Medikation immer komplizierter wird, ist das portionierte Abpacken von Arzneimitteln von enormem Vorteil – gerade bei vergesslichen und älteren Menschen. Arzneimittel müssen zum richtigen Zeitpunkt in der richtigen Abfolge in der richtigen Dosierung eingenommen werden, und es ist Aufgabe der Apotheker, dafür bestehende Hilfsmittel zum Wohle des Kunden anzubieten.

Rehak: Bei der Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung bekommt die Arzneimittelsicherheit eine immer größere Bedeutung. Hierfür ist die individuelle maschinell unterstützte Zusammenstellung der Tages- bzw. Wochenmedikation, die so genannte Verblisterung, das Mittel der Wahl. Die Verlagerung der Arzneimittelzusammenstellung von beeinträchtigten Patienten, Angehörigen oder Betreuungspersonal in die Hand des maschinell unterstützten Apothekers vermindert die Medikationsfehler deutlich und erhöht die Einnahmetreue der Patienten. Positiver Nebeneffekt ist die Übernahme des Medikamentenmanagements durch die Apotheke, wodurch eine

intensivere Kommunikation mit dem Kunden über seine Medikation entsteht. Zur Verblisterung stehen zwei Systeme zur Verfügung: die Versorgung von Heimen durch Blisterzentren im Auftrag der jeweiligen Apotheke oder die Anschaffung eines Automaten einzelner Apotheken und die Belieferung von Heimen. Das Blistern ändert am geltenden Konzessionssystem der Apotheken nichts, welches besagt, dass Apotheken einen Nahversorgungsauftrag erfüllen müssen. Anhand eines ermittelten Bedarfs wird eine entsprechende Anzahl an Apotheken in einer Region eingerichtet. Durch bedarfsorientierte Systeme wie dieses wird die Arzneimittelversorgung gewährleistet. Einzig das Medikamentenmanagement ändert sich. Das führt dazu, dass man sich intensiver mit dem Patienten auseinandersetzt.



„Tue Gutes und rede darüber. Unser Tun muss gemeinsam mit den Medien dementsprechend kommuniziert werden.“

Mag. pharm. Thomas Veitschegger

Veitschegger: Egal ob man es Bedarfsorientiertheit oder Gebietsschutz nennt, die Gesellschaft garantiert uns einen gewissen Schutz, der mit Verpflichtungen verbunden ist, ob das nun Nachtdienste betrifft oder das Weiterleiten der Patienten an Ärzte. Bei diesen Verpflichtungen können wir am Markt nicht als Unternehmer agieren, sondern sind durch ethische Auflagen in unserer Tätigkeit eingeschränkt. Auch wenn der Bedarf in Wirklichkeit nicht in dieser Dimension gegeben ist, so muss doch eine gewisse Grundversorgung aufrechterhalten werden, ohne dass dabei die Rentabilität eine Rolle spielt.

P: *Worin liegt das Problem beim Vertrieb und der Erhältlichkeit von Arzneimitteln und Medizinprodukten im Vergleich?*

Müller-Uri: Bislang war es üblich, wirksame Produkte als Arzneimittel zu bezeichnen und unter ärztlicher Kontrolle zuzulassen. Mittlerweile ist eine Kategorie „Medizinprodukte“ geschaffen worden, die oft wie Arzneimittel wirken, aber nicht die Auflagen der strengen Kontrolle erfüllen müssen. Dieser Weg soll unserer Meinung nach nicht beschritten werden, allerdings sind unseren Behörden dabei offensichtlich die Hände gebunden. Wenn Medizinprodukte in einem beliebigen Land der Europäischen Union verwendet werden und dort angemeldet sind, dürfen sie in der gesamten EU vertrieben werden.

Veitschegger: Um als „Arzneimittel“ zugelassen zu werden, muss ein Produkt bestimmte Kriterien erfüllen. Das dient als Grenzziehung zwischen einem gewissen Maß an Sicherheit, welches zum Wohle der Gesellschaft gewahrt werden muss, und einem Maß an Bequemlichkeit, sodass Produkte an den Kunden vermittelt werden können. Für das Ziehen dieser Grenze ist in letzter Konsequenz die Politik zuständig. Im Bereich der Arzneimittel sollte der Weg weiterhin über die Apotheker beschritten werden, da auf diese Weise Sicherheit und eine Vertrauensbasis geboten werden kann.

P: *Was halten Sie davon, wenn Arzneimittel über Drogerieketten oder aus dem Internet bezogen werden können?*

Rehak: Werden Arzneimittel über Drogerieketten oder aus dem Internet bezogen, so gehen die Kunden bestimmte Risiken ein. Die Abgabe in Drogeriemärkten erfolgt ohne jede Beratung. Im Internet haben es Kunden häufig mit unbekanntem, dubiosen oder kriminellen Händlern zu tun, die ungeprüfte Waren auf unkontrollierten Wegen gutgläubigen Kunden verkaufen wollen. Natürlich gilt das nicht für alle – aber für viele. Die Gesundheitspolitik sollte dieses Risiko verhindern. Strukturen und Einschränkungen sind sinnvoll, denn Internethändler, die ihre Pakete häufig mit gefälschten, giftigen oder zumindest unwirksamen Produkten versenden, dürfen nicht mit Apothekern gleichgesetzt werden, die strengen Auflagen unterliegen.

Müller-Uri: Gegen dieses Problem muss aus standes- wie auch aus gesundheitspolitischer Sicht aktiv vorgegangen werden. Hier muss in Zukunft eine gemeinsame Strategie verfolgt werden, mit der wir massiv aufzeigen, welche Gefahren diese Vertriebswege in sich bergen.

P: *Welche Herausforderungen kommen auf die Apotheker zu?*

Veitschegger: Die Basis soll erhalten bleiben, wobei die Vorzüge der kompetenten Beratung mehr kommuniziert werden müssen und die Betreuung von Patienten in Richtung Selbstmanagement



verbessert werden muss. Unseren Kunden bzw. den Patienten muss kommuniziert werden, dass der Alltag trotz einer bestehenden Krankheit durch das richtige „Krankheitsmanagement“ lebenswert gestaltet werden kann.

„Die Technik, speziell die E-Medikation, wird vermehrt zum Nutzen des Patienten und des Systems eingesetzt werden.“

Mag. pharm. Jürgen Rehak

massiver präventiv tätig zu sein und sich hier stärker einzubringen. Die Technik, speziell die E-Medikation, wird vermehrt zum Nutzen des Patienten und des Systems eingesetzt werden. Ein weiterer Punkt stellt der Ärztemangel dar, der dazu führen wird, dass die vorhandenen Ressourcen, also wir Apotheker, mehr eingebunden werden müssen. Die Bereitschaft dazu ist auf jeden Fall gegeben.



P: *Muss die Apothekerschaft „lauter“ werden?*

Müller-Uri: Ich glaube nicht, dass wir unbedingt lauter werden müssen, sondern dass die Politik erkennen muss, welchen Wert wir im Gesundheitswesen darstellen. Das zu kommunizieren ist unsere Aufgabe, und dazu ist es nicht notwendig, mittels der Medien „herauszuschreien“, dass wir da sind.

Rehak: Wenn Anliegen essenziell sind, wird man nicht darum herumkommen, lauter zu werden. Das Grundverständnis für mediale Aktivität hat sich verändert, heute erwartet man fast, dass man sich regelmäßig anlassbezogen äußert.

Veitschegger: Manche Dinge müssen sicher akzentuierter angegangen werden, um Gehör zu finden.



BioBox Müller-Uri: Mag. pharm. Dr. Christian Müller-Uri bekam 1991 die Konzession zur Leitung der Landschafts-apotheke in Schwechat verliehen, in der heute auch

seine Tochter beschäftigt ist. Sein Sohn ist ebenfalls Apotheker und seit 2010 Konzessionär der Vindobona-Apotheke in neunten Bezirk in Wien. 1996 begann seine standespolitische Tätigkeit als EDV-Referent des Österreichischen Apothekerverbands. In dieser Funktion war Müller-Uri maßgeblich an der Konzeption der heute meistverwendeten Apothekensoftware „AVS“ beteiligt. Federführend wirkte er bei der Einführung der kostenlosen Rund-um-die-Uhr-Telefonhotline 1455 der Apothekerschaft mit. 2003 wurde er in den Vorstand der Österreichischen Apothekerkammer gewählt, seit 2007 ist er Obmannstellvertreter der Pharmazeutischen Gehaltskasse für Österreich und Obmannstellvertreter im Präsidium der österreichischen Apothekerkammer. Nun wurde er zum neuen Präsidenten der selbstständigen Apotheker Österreichs berufen.



BioBox Rehak: Nach dem Besuch des Naturwissenschaftlichen Oberstufenrealgymnasiums in Lauterach studierte Mag. pharm. Jürgen Rehak Pharmazie in Innsbruck.

Nach einem Aspirantenjahr war der gebürtige Vorarlberger zwölf Jahre als angestellter Apotheker tätig, bis er sich schließlich im Jahre 1999 selbstständig machte. Auf berufspolitischer Ebene war er von 1991 bis 1997 Vizepräsident der Österreichischen Apothekerkammer Landesgeschäftsstelle Vorarlberg und von 1997 bis 1999 erster Vizepräsident der Österreichischen Apothekerkammer. Seit 2007 ist Rehak Präsident der Österreichischen Apothekerkammer Landesgeschäftsstelle Vorarlberg und seit 1. Jänner Vizepräsident des Apothekerverbands in Wien.



BioBox Veitschegger: Nach dem Studium der Pharmazie an der Universität Wien übernahm Mag. pharm. Thomas Veitschegger die Führung der Apotheke seiner Eltern

im Mühlviertel. Im April 2007 wurde er zum Präsidenten der Apothekerkammer Oberösterreich gewählt und trat den Vorsitz der Landeskonferenz der freien Berufe an, um für die Funktionsperiode von einem Jahr die Interessen der oberösterreichischen Freiberufler zu vertreten. Veitschegger wurde im letzten Jahr vom Vorstand des Österreichischen Apothekerverbands zum 2. Vizepräsidenten des Österreichischen Apothekerverbands gewählt und übernahm am 1. Jänner 2012 das Steuerrad in der Landesvertretung der selbstständigen Apotheker. Er ist verheiratet und Vater von drei Kindern.



Der Ball der Wiener Ärztinnen und Ärzte zählt zu den glanzvollen Fixsternen am Wiener Ballhimmel.

Zum 62. Mal lud der traditionelle Wiener Ärzteball in die Hofburg. Auch heuer ließen sich rund 4.000 Gäste dieses Ereignis nicht entgehen und erfreuten sich an einer rauschenden Ballnacht. Die historischen Räumlichkeiten der Wiener Hofburg boten den Wiener Ärztinnen und Ärzten ein grandioses Ambiente. Unter ihnen befanden sich auch zahlreiche internationale Gäste. Bei großartigen Show-Acts und Tanzeinlagen amüsierten sich die Ballbesucher aufs Trefflichste. Die Mitternachtseinlage lieferte Michael Seida mit Rat-Pack-Songs auf Wienerisch. Gegen 1.30 Uhr folgte der Show-Act „Reggae-Night“, um drei Uhr gab es die traditionelle Publikumsquadrille im Festsaal. Zu den Ehrengästen zählten:

„Alles Walzer“ am Wiener Ärzteball 2012

Präsident MR Dr. Dorner und Frau Dorner, Bundesminister Diplomé Stöger und Frau Stöger, Bundesminister Hundstorfer und Frau Risser, Stadträtin Mag.ª Wehsely und Staatssekretär Dr. Schieder, Abg. z. NR Dr. Rasinger und Frau Rasinger, Abg. z. NR Dr. Karlsböck und Frau Karlsböck, Frau Abg. z. NR Marek und Begleitung, Univ.-Prof. Dr. Wolner und Frau Wolner (Vors. des OSR), Stadtrat Lasar und Begleitung (Gesundheitssprecher FPÖ Wien), Bundeskurienobmann VP Dr. Mayer und Frau Mayer, Präsident Dr. Haas und Frau Haas, Präsident Dr. Routil und Frau Routil, Präsident Dr. Niedermoser und Frau Niedermoser, VP MR Dr. Haslwanter und Frau Haslwanter (ÄK OÖ), Präsidentin Mag. Leitner und Begleitung (Apothekerkammer Wien), Präs. Dr. Montgomery und Frau Montgomery (Bundesärztekammer Deutschland), Präs. Dr. Jonitz und Frau Jonitz (ÄK Berlin), Präs. Dr. Kaplan und Frau Kaplan (ÄK Bayern), Präs. Dr. von Knoblauch zu Hatzbach und Frau von Knoblauch zu Hatzbach (ÄK Hessen), Präsident Dr. Wesser und Frau Wesser (ÄK Thüringen), Präsident Dr. Eger und Frau Eger (ÄK Ungarn), Vorstandsmitglied Dr. Fuchs und Frau Dr. Rhein (ÄK Niedersachsen), Staatssekretär a. D. Univ.-Prof. Dr. Waneck und Frau Mag. Waneck, Altpräsident Präsidiarreferent Dr. Pjeta und Frau Mag. Pjeta, Generaldirektor-Stv. Dipl.-Ing. Schörghofer und Frau Schörghofer (HV der SV), Generaldirektor Ing. Mag. Sulzbacher und Frau Sulzbacher (WGKK), Generaldirektor-Stv. Ing. Mag. Dr. Koblmüller und Frau Koblmüller (KAV), ärztl. Direktor Univ.-Prof. Dr. Krepler und Frau Dr. Krepler, Chefarzt Prof. HR MR Dr. Fous und Frau Fous (Bundespolizei), Chefarzt Prof. Dr. Müller und Frau Müller (PVA), Frau Mag. Griesser und Begleitung (WGKK), Frau Dr. Angel und Herr Sektionsleiter Dr. Auer (BM für Gesundheit), Sektionsleiterin Doz. Dr. Rendi-Wagner und Herr Mag. Rendi (BM für Gesundheit), Sektionsleiter Hon.-Prof. Dr. Aigner und Frau MR Dr. Aigner (BM für Gesundheit), Herr DI Dr. Leisch und Frau Leisch (BM für Gesundheit), Brigadier MR Dr. Somlyay und Frau Somlyay (BM für Landesverteidigung), Oberstleutnant Koutnik und Begleitung (Vertr. Militärkommandant Schmidseher), Sozialattaché Mag. Stuller und Frau Stuller, Generaldirektor Dr. Brandstetter und Frau Brandstetter (Uniq), Vorstandsvorsitzender Mag. Heisinger und Frau Heisinger (Bank für Ärzte und freie Berufe), Direktor Abler und Frau Abler (Bank für Ärzte und freie Berufe), Abg. Prof. Dr. Goder und Frau Goder.





INTERVIEW MIT DR. JAN OLIVER HUBER
GENERALSEKRETÄR DES VERBANDS DER PHARMAZEUTISCHEN INDUSTRIE ÖSTERREICHS (PHARMIG)

„Innovation für mehr gesunde Jahre!“

Österreich als Wirtschafts-, Forschungs- und Produktionsstandort

MAG. NINA BENNETT, MA

Weltweit gibt es 6.000 bis 8.000 seltene Erkrankungen. Obwohl in Österreich nicht mehr als 4.000 Personen an einer seltenen Krankheit leiden, sind in Summe etwa 400.000 Österreicher betroffen. Aufgrund niedriger Prävalenz- und Inzidenzzahlen stellen seltene Erkrankungen spezielle Anforderungen an die Versorgungsstrukturen des Gesundheitssystems. Bei Patienten mit seltenen Erkrankungen ist oft nicht nur die Diagnose kompliziert, auch verspätete therapeutische Versorgung, Schwierigkeiten mit der Kostenerstattung und Bewilligung sowie die Stigmatisierung stellen Probleme dar. Zudem fehlen spezialisierte Einrichtungen für diese Patienten, die Versorgung erfolgt in erster Linie über Eigeninitiative der Betroffenen. Dr. Jan Oliver Huber, Generalsekretär der Pharmig, des Verbands der pharmazeutischen Industrie Österreichs, erläutert im Periskop-Interview die Notwendigkeit der Erforschung von Arzneimitteln für seltene Erkrankungen, den Wert innovativer Arzneimittel für die Patienten und wesentliche Faktoren für eine Weiterentwicklung des Produktions- und Forschungsstandorts Österreich.

P: Die pharmazeutische Industrie allgemein – und im Speziellen in Österreich – arbeitet intensiv an der Erforschung und Entwicklung von Arzneimitteln für Erkrankungen, die durch ihre Seltenheit oft nur ein paar tausend Einwohner betreffen. Wieso legen die Pharmig und die pharmazeutischen Unternehmen so großen Wert auf diese Forschung, obwohl die Anzahl der Betroffenen so gering ist?

Huber: Auch die Betroffenen von seltenen Erkrankungen brauchen eine optimale Therapie. Eine Auseinandersetzung damit – das heißt bezogen auf die pharmazeutische Industrie, die Erforschung dieser Krankheiten und die Entwicklung von Therapien dafür – ist Teil unserer gesellschaftlichen Verantwortung. Seltene Erkrankungen sind chronische, oft fortschreitende Krankheiten, die häufig lebensbedrohend sind. Die pharmazeutische Industrie leistet durch die Entwicklung von Arzneimitteln ihren Beitrag, um den Betroffenen mit neuen Therapiemöglichkeiten zu helfen und deren Lebensqualität zu verbessern. Diese Notwendigkeit hat auch die Politik erkannt und mit der europäischen Verordnung über Arzneimittel für seltene Leiden im Jahr 2000 wichtige Weichen gestellt. Diese Verordnung bietet Unternehmen reduzierte Zulassungsgebühren und ein zehnjähriges exklusives Vermarktungsrecht. Diese Rahmenbedingungen helfen der Pharmaindustrie, ihren Aufgaben nachkommen zu können.

P: Können Sie anhand eines konkreten Beispiels – wie etwa der Cystischen Fibrose – erklären, weshalb „Rare Diseases“ so selten auftreten und warum die Forschung gerade bei diesen so wichtig ist?

Huber: Achtzig Prozent der seltenen Erkrankungen sind genetisch bedingt, das stellt die Wissenschaft und die Industrie vor kaum lösbare Probleme. Es ist nämlich so, dass rund 75.000 Gene existieren und jedes Gen den Bauplan für ein Protein enthält. Wenn bei nur einem davon eine Mutation – also eine Veränderung im Erbmateriale – auftritt, hat das verheerende Folgen. Bei der Cystischen Fibrose wurden bis jetzt seit der Entdeckung des defekten Gens im Jahr 1989 mehr als tausend Genmutationen nachgewiesen. Das macht diese und andere seltene Erkrankungen so komplex, entsprechend schwierig ist die Entwicklung von spezifischen Medikamenten.

P: Die EU befasst sich mit der Ausarbeitung von Verordnungen, die die Entwicklung von Orphan Drugs für Unternehmen attraktiver macht. Die NKSE („Nationale Koordinationsstelle für Seltene Erkrankungen“) entwickelt detaillierte nationale Aktionspläne. Was wird seitens der Pharmig konkret unternommen, um diese Maßnahmen und auch jene der forschenden Industrie hier zu unterstützen?

Huber: Die Pharmig hat den Arbeitskreis „Rare Diseases“ installiert, der mit Spezialisten aus Pharmig-Mitgliedsunternehmen besetzt ist. Dieser gestaltet als Expertengremium die politischen und fachlichen Rahmenbedingungen für Arzneimittel für seltene Erkrankungen in Österreich aktiv mit. Die Mitglieder des Arbeitskreises sind qualifizierte Experten und behandeln aktuelle politische und fachliche Fragestellungen. Sie bereiten Informationen für Mitgliedsunternehmen auf und etablieren Qualitätsstandards und Best Practices.

P: Dass die Pharmawirtschaft ein wichtiger Faktor für die Attraktivität und Leistungsfähigkeit des Wirtschaftsstandorts Österreich ist, ist mit produzierten pharmazeutischen Produkten im Wert von 2,25 Milliarden Euro pro Jahr unumstritten. Können Sie das für unsere Leser noch etwas konkretisieren und ausführen?

Huber: Einerseits ist die Pharma- und Biotechbranche führend im Bereich „Forschung & Entwicklung“ in der EU. 16 Prozent des

Umsatzes werden in „Forschung & Entwicklung“ investiert, womit die Branche weit vor „Software & Computersysteme“ – die mit 9,9 Prozent an zweiter Stelle sind – rangiert. Darüber hinaus sichert ein Pharmajob 2,65 Arbeitsplätze in der Gesamtwirtschaft – da sprechen wir von über 27.000 Beschäftigten. Innovative Arzneimittel verbessern die Lebensqualität, verkürzen Krankenhausaufenthalte und bewirken somit Kostendämpfungseffekte im Gesundheitswesen. Und nicht zuletzt hält die pharmazeutische Industrie den Standort Österreich für besonders qualifizierte Akademiker attraktiv. Sie ist eine Branche mit sehr hohem Akademikeranteil und gibt jungen Absolventen eine interessante Job- und Lebensperspektive. Insofern trägt die pharmazeutische Industrie wesentlich dazu bei, politische und wirtschaftliche Vorstellungen zu realisieren.

P: Welche Faktoren sind für eine Weiterentwicklung des Produktions- und Forschungsstandorts Österreich aus Sicht der produzierenden bzw. forschenden Unternehmen wichtig?

Huber: Pharmazeutische Unternehmen, ob mit Headquarter-Funktionen oder auch im Forschungs- und Produktionsbereich, tragen qualifiziert zum Wirtschaftswachstum bei. Dabei ist die Politik aufgefordert, die Produkte dieser Unternehmen nicht als Kostenfaktor, sondern als Wert für die Gesellschaft zu verstehen. In den nächsten Jahren werden die öffentlichen Förderprogramme überarbeitet werden müssen. Wichtig für eine Weiterentwicklung des Produktions- und Forschungsstandorts Österreich sind eine Atmosphäre des Wissens und eine Vielzahl von ganz allgemeinen gesetzlichen Rahmenbedingungen, die von Bildungspolitik über attraktive Forschungsförderung bis hin zu guten Bedingungen für klinische Forschung, Steuergesetzen oder Regelungen im Aufenthaltsrecht reichen. Die Entscheidung produzierender und forschender Unternehmen für den Standort Österreich hängt davon ab, wie attraktiv die Summe dieser Faktoren ist.

P: Welche Gewichtung hat das Ziel „Wirtschaftsstandort“ in Relation zu den anderen Zielen der Pharmaindustrie wie zum Beispiel optimale Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten, Stärkung der Patientenrechte und Förderung der Therapietreue?

Huber: Die Entwicklung und Erforschung, der Vertrieb und die optimale Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten sind unsere ursprünglichen Aufgaben, genauso wie die Stärkung der Patientenrechte. Je besser die pharmazeutische Industrie diese

Aufgaben erfüllen kann, desto besser werden die Patienten in Österreich behandelt werden können. Die Voraussetzung dafür ist, dass die Menschen im Land über die Leistungen des Gesundheitssystems Bescheid wissen. Ein leistungsfähiges Gesundheitssystem ist eine wichtige Säule jeder Volkswirtschaft, deshalb wollen wir auch in Zukunft der Politik und dem Gesundheitswesen mit unserem Know-how zur Verfügung stehen. Den Wirtschaftsstandort stärken wir aber nicht nur durch die Produktion, sondern auch durch die Arbeitsplätze, die durch die Pharmawirtschaft geschaffen werden.

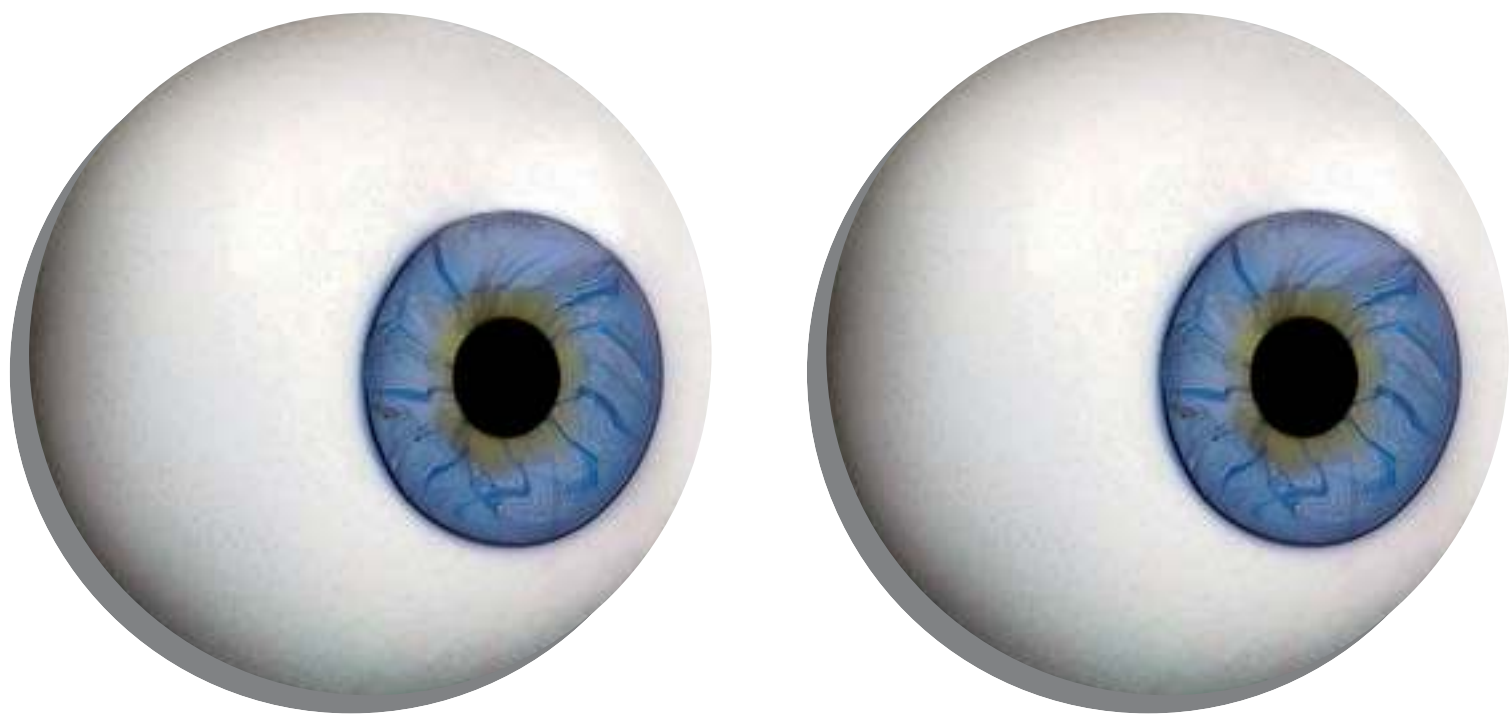
P: Wenn Sie ein Motto entwickeln müssten, unter dem die Bestrebungen der Pharmabranche für die nächsten Jahre treffend zusammengefasst werden sollen, wie würde sich das anhören?

Huber: „Innovation für mehr gesunde Jahre!“



BioBox:

Nach Abschluss seines Jus-Studiums begann Dr. Jan Oliver Huber 1985 seine Karriere als Area Sales Manager in der Verkaufsabteilung der Firma Franz Haas Waffelmaschinen GmbH, ein Jahr später ging er für das Unternehmen als Verkaufs- und Marketingleiter für mehrere Jahre nach Brasilien. Im Jahr 1990 wechselte Dr. Huber in die Energiewirtschaft, wo er mehr als neun Jahre lang in unterschiedlichen Positionen für BP tätig war: als Leiter der Projektabteilung der BP Austria AG, dann als Verantwortlicher für die Tankstellennetzentwicklung in Österreich, Tschechien und Ungarn, als Mitglied der Geschäftsleitung von BP Polen und schließlich von BP Austria. Im Jahr 1999 wechselte Dr. Huber zum weltweit führenden Zementproduzenten Lafarge als Geschäftsführer und Vorstand für Vertrieb und Marketing nach Deutschland. Seit 2004 ist Dr. Huber Generalsekretär der Pharmig.



BLICK



WELLDONE ÖFFNET AUGEN!

Eine österreichweite TV-Kampagne aus dem Hause Welldone für unsere Augenärzte.

„Augenblick! Österreich schaut auf seine Augen – Österreich schaut zum Augenarzt.“ Unter diesem Slogan informierte Welldone Werbung und PR alle ÖsterreicherInnen über die Bedeutung von regelmäßigen Augen-Untersuchungen. Anzeigen in den heimischen Printmedien und TV-Spots im ORF transportieren die Botschaft im Auftrag der Österreichischen Ophthalmologischen Gesellschaft (ÖOG) an die Bevölkerung.

Es ist nämlich noch nicht in ausreichendem Ausmaß bekannt, dass für Augenärzte das Auge ein „Fenster in den Körper“ ist und sie so ein Schlaganfallrisiko, Diabetes oder Bluthochdruck frühzeitig erkennen können. Um dieses Bewusstsein zu steigern, entwickelte die Kreation der Welldone um CD Kurt Moser und AD Doris Augustin einen TV-Spot, der sehr reduziert und klar auf den Punkt kommt – und die Message „auf den ersten Blick“ vermittelt.

Auf der Website www.österreich-schaut-zum-augenarzt.at können sich die ÖsterreicherInnen näher über die Wichtigkeit von regelmäßigen Untersuchungen bei ihrem Augenarzt informieren. Agenturleiterin Mag. Birgit Bernhard und die verantwortliche Etat-Direktorin Beatrix Kollmann sind davon überzeugt, dass mit dieser Kampagne „ein wichtiger und kreativer Beitrag zur Stärkung der Früherkennung für die Menschen wie auch zur Aufklärung über den Stellenwert der österreichischen Augenärzte“ geleistet werden kann.

Credits Welldone Werbung und PR

CREATIVE DIRECTOR: Kurt Moser | SENIOR ART DIRECTOR: Doris Augustin | JUNIOR ART DIRECTOR: Natascha Windpassinger | HEAD OF ACCOUNTS: Mag. (FH) Birgit Bernhard | ETAT-DIRECTION: Beatrix Kollmann | TV-PRODUKTION: Marcel Paal, Theresia Grösslinger, pr-video.at

EINE INITIATIVE DER ÖSTERREICHISCHEN AUGENÄRZTE www.österreich-schaut-zum-augenarzt.at



WELLDONE, WERBUNG UND PR.

BLICK

AUGENBLICK: Österreichs Augenärzte versorgen uns auf höchstem medizinischen Niveau. Sie sehen mehr als nur das Auge – betrachten den Menschen ganzheitlich, können unbemerkte chronische Krankheiten wie Bluthochdruck oder Diabetes erkennen. Das Auge ist nicht nur das Fenster in die Welt, sondern auch das Fenster in den Körper. Nur der Augenarzt kann schleichende Augenerkrankungen wie z. B. den grünen Star früh erkennen. **Darum sollte jeder Augenblick dem Augenarzt gehören.**

**ÖSTERREICH SCHAUT AUF SEINE AUGEN.
ÖSTERREICH SCHAUT ZUM AUGENARZT.**



ÖSTERREICHISCHE OPHTHALMOLOGISCHE GESELLSCHAFT

SCHLAGANFALLRISIKO

BLUTHOCHDRUCK

DIABETES

www.österreich-schaut-zum-augenarzt.at

Eine Information der Österreichischen Ophthalmologischen Gesellschaft



„GESUNDHEIT IST DEM ORF EIN GROSSES ANLIEGEN“

Alexander Wrabetz ist seit 2007 Generaldirektor des ORF. In dieser Funktion wurde er im August 2011 wiedergewählt. Im Periskop-Interview spricht er über seine Ziele für die nächste Amtszeit, Veränderungen in der Medienlandschaft sowie über die Gesundheitsberichterstattung im ORF.

P: Sie wurden vor einem dreiviertel Jahr in Ihrer Position des Generaldirektors des ORF bestätigt. Wie sehen Ihre Ziele für Ihre nächste Amtszeit aus?

Wrabetz: Vorweg: Der ORF ist ein gesundes, leistungsstarkes Unternehmen und sowohl nach Marktanteilen als auch nach Reichweiten einer der erfolgreichsten öffentlich-rechtlichen Programmanbieter Europas – mit einem breiten Spektrum hochwertiger, dem öffentlich-rechtlichen Auftrag verpflichteter Medienangebote in Fernsehen, Radio und online. In den nächsten Jahren wird es vor allem darum gehen, den erfolgreich durchgeführten Konsolidierungskurs fortzusetzen und gleichzeitig durch nachhaltige Akzente das öffentlich-rechtliche Profil des ORF weiter zu schärfen. Im Konkreten heißt das, sicherzustellen, dass der ORF auch in den kommenden fünf Jahren Marktführer in Fernsehen, Radio und online bleibt; zu aktuellen politischen, gesellschaftlichen und kulturellen Fragen die vertrauenswürdige und objektive Informationsquelle im elektronischen Bereich ist; die Qualität der journalistischen und programmlichen Arbeit auf anerkanntem internationalen Niveau hält; eine gesunde wirtschaftliche Situation als Basis der redaktionellen Unabhängigkeit aufweist und die Chancen der neuen Medien für sein Publikum nützt.

„In den nächsten Jahren wird es vor allem darum gehen, den erfolgreich durchgeführten Konsolidierungskurs fortzusetzen und gleichzeitig durch nachhaltige Akzente das öffentlich-rechtliche Profil des ORF weiter zu schärfen.“

P: Wo sehen Sie die größten Herausforderungen auf sich zu kommen?

Wrabetz: Gerade in Zeiten wirtschaftlicher Krisen, sozialer Spannungen und eines gesellschaftlichen Klimas, das von Veränderung und Verunsicherung geprägt ist, werden vertrauenswürdige, nicht nur anonymen Shareholdern, sondern der Gesellschaft verpflichtete Medien immer wichtiger. Daher ist eine verstärkte Aufmerksamkeit und Zusammenarbeit sowie ein gemeinsames Vorgehen der europäischen Public-Service-Broadcaster von besonderer Bedeutung, um öffentlich-rechtliche Medien europaweit in ihrer Leistungsstärke zu erhalten und an sichtbaren Programminnovationen im Auftrag der Gesellschaft zu arbeiten. Angesichts einer immer mächtiger werdenden internationalen Konkurrenz durch kommerzielle Medienkonzerne muss der ORF eine starke, allen Österreicherinnen und Österreichern zugängliche und in vielfacher Hinsicht qualitätsorientierte Stimme bleiben.

P: Wo sehen Sie die Zukunft der Massenmedien? Wohin werden sich das Fernsehen und das Radio entwickeln? Welchen Einfluss haben die Privatsender dabei?

Wrabetz: In den kommenden Jahren wird sich die Medienlandschaft dramatisch verändert haben. Nicht nur, was die Medien Print, Fernsehen, Radio und online betrifft, sondern vor allem was die Verbreitungswege betrifft, über die Content zu den Kunden kommt. 2030 wird jeder Österreicher „24/7“ online sein. Viele Dinge des täglichen Gebrauchs, der Administration und Verwaltung wird er/sie bequem von zu Hause oder vom Wartezimmer des Arztes erledigen können. Was sich aber auch bis 2030 nicht geändert haben wird, ist, dass die Österreicherinnen und Österreicher weiterhin ein gutes Fußballmatch live sehen wollen, die Nachrichten aktuell sein sollen und nicht jeder Fernsehabend mit einer umfassenden Planung und Programmierung des Festplattenrekorders beginnen soll. Als öffentlich-rechtlichem Rundfunk kommt dem ORF hier eine zentrale Rolle zu: verlässliche Information zu produzieren, der die Österreicherinnen und Österreicher vertrauen können – und mit diesem Content auf allen Plattformen präsent zu sein.

„Mit der 2008 gestarteten Initiative ‚Bewusst gesund‘ erreichen wir mehrmals im Jahr rund 40 Prozent der Bevölkerung über zwölf Jahren ...“

P: Was konnte mit der Initiative „Bewusst gesund“ bisher erreicht werden?

Wrabetz: Mit der 2008 gestarteten Initiative „Bewusst gesund“ erreichen wir mehrmals im Jahr rund vierzig Prozent der Bevölkerung über zwölf Jahren allein mit den österreichweit ausgestrahlten Fernsehsendungen. Dazu kommen die ORF-Radios Ö1, Ö3 und FM4 sowie jene der Landesstudios, die „Bewusst gesund“ ebenfalls mittragen und gemeinsam eine Tagesreichweite von über 70 Prozent erzielen. Das sind mehr als 5,2 Millionen Menschen. Nicht zu vergessen, dass sich auch ORF.at – vor allem im Rahmen der TVthek – und der ORF TELETEXT sowie die ORF-Nachlese immer voll Engagement in den Dienst von „Bewusst gesund“ stellen.

P: Wie ist es zur Gründung der Initiative gekommen und was ist die Intention dahinter?

Wrabetz: Gesundheit ist dem ORF immer schon ein großes Anliegen, das ja auch gesetzlich verankert ist. Ich erinnere nur an die legendäre Ilse Buck, mit der ganze Generationen morgens geturnt haben, oder an die Aktion „Fit mach mit“. 2006 hat der ORF-Publikumsrat seine jährliche Meinungsumfrage dem Thema „Gesundheit in den ORF-Medien“ gewidmet. Ergebnis war etwa, dass die Mehrheit das Ausmaß der Gesundheitsberichterstattung im ORF als „gerade richtig“ betrachtet hat. Jede/r Fünfte hat sogar angegeben, aufgrund von ORF-Berichten zumindest gelegentlich das eigene Verhalten geändert zu haben.

Nach meiner Bestellung zum Generaldirektor wollte ich trotz dieser eigentlich sehr guten Bewertung die Gesundheitsberichterstattung intensivieren. Ich habe einerseits gemeinsam mit Univ.-Prof. Dr. Siegfried Meryn 2007 einen Gesundheitsbeirat mit Vertreterinnen und Vertretern wichtiger Stakeholder im Gesundheitsbereich installiert. Andererseits habe ich 2008 mit der Initiative „Bewusst gesund“ das Thema Gesundheit neben dem Klimaschutz als eine der beiden wesentlichen gesellschaftspolitischen Herausforderungen unserer Zeit in der Unternehmenspolitik verankert. Für die Umsetzung der Initiative habe ich ein Gesundheitskompetenzzentrum unter der Leitung von Dr.in Ricarda Reinisch eingerichtet, die auch Sendungsverantwortliche von „Bewusst gesund – Das Magazin“ ist, das seit Ende 2010 samstags auf Sendung ist.

„2030 wird jeder Österreicher ‚24/7‘ online sein.“

„Im Rahmen der ‚Bewusst gesund‘-Schwerpunktwochen wird großes Augenmerk auf die Kindergesundheit gelegt ...“

P: Was haben die ORF-Seherinnen und -Seher von der Initiative? Welche Resonanz gibt es darauf?

Wrabetz: Umfragen zeigen uns, dass die Österreicherinnen und Österreicher die Initiative sehr schätzen: 85 Prozent finden sie „sehr gut“ bzw. „eher gut“, 76 Prozent sehen auch die Programmentgelte dafür „sehr gut“ bzw. „eher gut“ angelegt. Auch die Resonanz aus Fachkreisen bestätigt unseren Weg.

P: Wie steht es um die Gesundheitsberichterstattung im ORF? Was darf hier in Zukunft zu erwarten sein? Steht der Gesundheit genügend Sendezeit zur Verfügung? Welchen Beitrag möchte der ORF mit seiner Gesundheitsberichterstattung für die Bevölkerung leisten?

Wrabetz: Unsere Gesundheitsberichterstattung ist sehr gut aufgestellt, neben „Bewusst gesund“ – Initiative und Magazin – gibt es ja auch noch weitere regelmäßige Sendungen wie etwa „Treffpunkt Medizin“ in ORF III, den Radiodoktor in Ö1, Mini-Serien wie „Der 1. Erste-Hilfe-Kurs im Radio“, nämlich in Ö3, oder Serviceeinrichtungen wie die Ö3-Kummernummer und „Rat auf Draht“. Außerdem ist Gesundheit auch ein Dauerbrenner in den Regionalradios und vielen TV-Formaten wie dem Servicemagazin „Konkret“, dem Vorabendmagazin „Jahreszeiten“ oder den Talkformaten „Barbara Karlich Show“ und „Stöckl am Samstag“. Für alles gilt: Wir wollen den Österreicherinnen und Österreichern seriös, niederschwellig und motivierend Zugang zu dem Thema in all seinen Facetten ermöglichen. In Zukunft wollen wir all diese Gesundheitsangebote schrittweise unter der Dachmarke „Bewusst gesund“ zusammenführen und damit für unser Publikum noch leichter zugänglich machen.

„Wir wollen den Österreicherinnen und Österreichern seriös, niederschwellig und motivierend Zugang zu dem Thema (Gesundheit) in all seinen Facetten ermöglichen.“

P: Meinungsumfragen zeigen immer wieder, dass Gesundheit in den Medien hauptsächlich von älteren Personen konsumiert wird, z. B. die Sendereihe Frühlings-, Sommer-, Herbst- und Winterzeit. Gesundheit, und hier vor allem die Vorsorge, sollte aber schon im Kindesalter beginnen. Welchen Beitrag leistet der ORF dazu? Gibt es genügend Vorsorgeangebote bzw. Themen für Menschen von zwei bis vierzig Jahren im ORF?

Wrabetz: Im Rahmen der „Bewusst gesund“-Schwerpunktwochen wird großes Augenmerk auf die Kindergesundheit gelegt, insbesondere natürlich im ORF-Kinderprogramm „Okidoki“, das die Inhalte passend für sein junges Publikum aufbereitet. Jugendliche und jüngere Erwachsene werden mit verschiedensten TV-Formaten und mit den Radios gut erreicht und nehmen Serviceangebote auch an. Das zeigt unsere Notrufnummer „Rat auf Draht“, die wir mit professionellen Partnerorganisationen betreiben: 2011 wurden mehr als 90.000 psychologische Beratungsgespräche mit Kindern und Jugendlichen geführt. Es ist traurig, dass so viele Kinder und Jugendliche bei uns Hilfe suchen müssen, und ich bin froh, dass wir sie geben können.

BioBox:

Alexander Wrabetz ist seit 2007 Generaldirektor des öffentlich-rechtlichen Österreichischen Rundfunks. Wrabetz besuchte von 1970 bis 1978 das 2. Bundesgymnasium XIX in Wien. Nach Abschluss des Studiums und der Promotion zum Doktor der Rechtswissenschaften im Jahr 1983 absolvierte Wrabetz sein Gerichtsjahr. Von 1984 bis 1987 arbeitete er in der Girozentrale und Bank der Österreichischen Sparkassen AG. 1987 wechselte er als Assistent des Vorstandes in die Österreichische Industrieverwaltungs-AG (ÖIAG), war ab 1992 Geschäftsführer der Voest Alpine Intertrading GmbH in Linz und danach, von 1995 bis 1998, Vorstandsmitglied der ebenfalls zur ÖIAG gehörenden VAMED in Wien. In mehreren Unternehmen der ÖIAG war er im Aufsichtsrat tätig. Ab 1995 war er Mitglied des ORF-Kuratoriums, von 1998 bis 2006 Kaufmännischer Direktor des ORF.



„Vertrauen, Würde und Respekt“

VON MAG. NINA BENNETT, MA

Als General Manager von Johnson & Johnson Medical Austria ist Doris Winkler unter anderem für die „Market Access“-Initiativen des Unternehmens und „General Surgery“ verantwortlich. Im Interview mit dem Periskop spricht sie über ihren Tätigkeitsbereich, die mittelfristigen Ziele von Johnson & Johnson Medical in Österreich und die Entwicklung des österreichischen Gesundheitswesens.

P: Sie sind General Manager von Johnson & Johnson Medical Austria. Wie können wir uns Ihren Tätigkeitsbereich vorstellen?

Winkler: Seit April 2010 bin ich Geschäftsführerin von Johnson & Johnson Medical Austria, einem Teil des weltweit tätigen Konzerns Johnson & Johnson. In dieser Funktion war ich in den letzten eineinhalb Jahren vor allem für die „Market Access“-Initiativen des Unternehmens verantwortlich. Darunter verstehen wir alle Maßnahmen, die nötig sind, um Zugang zum Markt und zu den wichtigsten Stakeholdern im Gesundheitssystem zu bekommen und nachhaltig aufrechtzuerhalten. In Market Access werden für alle Unternehmensbereiche und Produktparten wichtige Services gebündelt, wie etwa Key Account Management, Customer Service und Logistik, Gesundheitsökonomie oder Regulatory Affairs. Market Access ist quasi die „Serviceplattform“ im Unternehmen. Seit Jänner dieses Jahres habe ich zusätzlich die Verantwortung für den Bereich „General Surgery“. Darunter fallen die Aktivitäten unserer Geschäftsbereiche Ethicon und Ethicon Endo-Surgery. Die beiden decken eine breite Produktpalette rund um das Thema Chirurgie ab, von Nadeln und Nahtmaterial über Instrumente für die offene und die minimal invasive Chirurgie bis hin zu hochentwickelten Energietechnologien in der Chirurgie.

P: Welche Ziele haben Sie sich in Ihrer Funktion gesetzt?

Winkler: Generell möchte ich Johnson & Johnson Medical Austria auf dem bisherigen Erfolgskurs halten und neue Wachstumsfelder schaffen. Beibehalten bzw. verstärken möchte ich den Fokus auf unsere Kunden. Gerade in einer wirtschaftlich angespannten Zeit ist es für ein Unternehmen im Gesundheitswesen wichtig, seinen Kunden möglichst nahe zu sein. Dies erfolgt zu einem guten Teil bereits durch unsere Außendienstmitarbeiter. So zeigen Befragungen immer wieder, dass unsere Kunden mit der Betreuung und Beratung durch den Außendienst sehr zufrieden sind. Andererseits versuchen wir weitere Maßnahmen zu setzen, um das Unternehmen noch näher an die Kunden zu bringen. Verstärken möchten wir auch den Kontakt zu Entscheidungsträgern im nichtmedizinischen Bereich der Krankenhäuser, also zu Verwaltungsdirektoren und kaufmännischen Leitern.

P: Wie ist Johnson & Johnson weltweit strukturiert? Wie viele Mitarbeiter hat das Unternehmen?

Winkler: Das Unternehmen ist weltweit in drei Sektoren gegliedert: Die Sparte „Medical Devices & Diagnostics“ (MD&D) erzeugt und vertreibt unterschiedlichste Medizinprodukte. In Österreich wird dieser Sektor über Johnson & Johnson Medical abgedeckt. Die zweitgrößte Sparte ist der Pharmabereich, der auch in Österreich unter dem Namen „Janssen“ firmiert. Der Schwerpunkt liegt auf Medikamenten zur Behandlung von Schizophrenie, Demenz, Onkologie, HIV/Aids und Diabetes. Der dritte Sektor, Consumer Health Care, bietet jene Produkte und Marken, für die Johnson & Johnson bei vielen Konsumenten bekannt ist, wie z.B. die Babypflegeprodukte von Penaten oder bebe, Neutrogena, Piz Buin, o.b., Listerine für die Mundhygiene oder Nicorette zur Raucherentwöhnung. Weltweit ist Johnson & Johnson in fast 60 Ländern tätig und beschäftigt mehr als 115.000 Mitarbeiter. In Österreich sind alle drei Sektoren als eigenständige Unternehmen vertreten, seit Oktober 2010 haben wir einen gemeinsamen Standort in Wien.

P: Welchen Stellenwert hat die Medizinproduktesparte von Johnson & Johnson in Europa bzw. in Österreich?

Winkler: Weltweit gesehen ist Johnson & Johnson mit seiner Sparte Medical Devices & Diagnostics der größte Hersteller von Medizinprodukten. Konzernweit erzielen wir 70 Prozent unseres Umsatzes mit Erzeugnissen, die führend oder an zweiter Stelle am Markt sind. Auch in Österreich bzw. generell in Europa zählen wir sicher zu den Big Playern am Markt, in einem Bereich mehr, im anderen weniger. Wie unsere letzte Kundenbefragung hierzulande gezeigt hat, schätzen die Menschen vor allem die Kompetenz unserer Mitarbeiter im Innen- und Außendienst, von denen sie sich gut betreut fühlen, aber auch unsere Geschwindigkeit und Verlässlichkeit bei Produktlieferungen. Als größter Pluspunkt wird uns von unseren Kunden jedoch die hohe Qualität unserer Erzeugnisse bestätigt. >>>

„Als größter Pluspunkt wird uns von unseren Kunden jedoch die hohe Qualität unserer Erzeugnisse bestätigt.“



DORIS WINKLER GENERAL MANAGER
VON JOHNSON & JOHNSON MEDICAL AUSTRIA

P: Wo liegt die Kernkompetenz des Unternehmens?

Winkler: So wie generell die Medizinproduktesparte des Konzerns setzt sich auch Johnson & Johnson Medical in Österreich aus mehreren Unternehmensbereichen mit vielfältigen Produkten zusammen. Die Produktpalette umfasst Stents und Katheter, künstliche Gelenke, Nahtmaterial, Nadeln, chirurgische Instrumente, Produkte für Wundverschluss, Magenbänder und Magenbypass, Blutzuckermesssysteme und Kontaktlinsen. Damit können wir viele Disziplinen der Medizin abdecken, von Kardiologie, Orthopädie, Neurochirurgie und Sportmedizin über die verschiedensten Bereiche der Chirurgie bis hin zur Gynäkologie, Urologie und Wundversorgung. Auch wenn unsere Erzeugnisse in der Öffentlichkeit wenig bekannt sind, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass ein Patient bei einem Eingriff in einem Krankenhaus mit ihnen in Kontakt kommt. Kunden kennen unsere Produkte unter den Namen der einzelnen Sparten wie Cordis, Codman, Biosense Webster, DePuy, Ethicon oder Ethicon Endo-Surgery.

P: Welche mittelfristigen Ziele hat sich Johnson & Johnson Medical in Österreich gesetzt?

Winkler: Unsere Ziele für die nächsten Jahre ergeben sich vor allem aus der laufenden Veränderung des Medizinproduktemarkts und den Bedürfnissen unserer Kunden und Patienten. Wir wollen einerseits die Partnerschaft mit unseren Kunden ausbauen und andererseits unseren hohen Qualitätsanspruch bei Produkten und Serviceleistungen halten. Es ist geplant, gemeinsam mit den Entscheidungsträgern Lösungen für die Zukunft zu erarbeiten, die über das Produkt hinausgehen. Am Standort Österreich wollen wir ein attraktiver Partner für die heimische Wirtschaft sein und verstärkt in unsere Mitarbeiter investieren. Zudem ist es unser Ziel, Marktanteile zu gewinnen und in allen unseren Produktbereichen Nummer eins oder Nummer zwei zu werden.

P: Wie beurteilen Sie die allgemeine Entwicklung im österreichischen Gesundheitssystem?

Winkler: In den nächsten Jahren liegen die Herausforderungen im Gesundheitssystem zum einen in der demografischen und zum anderen in der gesellschaftlichen Entwicklung. Demografisch geht es in die Richtung, dass die österreichische Bevölkerung zunehmend altert und die Zahl an hochbetagten Menschen zunimmt. Gesellschaftlich gesehen gibt es eine Tendenz zu sinkenden Kinderzahlen, einer steigenden Erwerbsquote der Frauen und einer Veränderung der Familienstruktur. Die höhere Lebenserwartung der Bevölkerung und die Auflösung von Familienstrukturen führen zu einer wachsenden Nachfrage nach Krankheitsversorgungs- und Pflegeleistungen. Diese Entwicklungen bewirken Finanzierungsprobleme und Mehrkosten im ärztlichen, vor allem aber im pflegerischen Bereich. Auch die Kosten für die Gesundheitsvorsorge werden steigen. Um die Langzeitversorgung der Bevölkerung zu finanzieren, sind umfassende Reformen notwendig.

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

Winkler: Ich erhoffe mir klare Rahmenbedingungen für ein gut funktionierendes Gesundheitssystem – und die Durchführung der nötigen Reformen. Damit der personelle und technische Aufwand für das Gesundheitssystem nicht weiter explodiert, müssen Maßnahmen gesetzt werden, die zu mehr Effektivität, Transparenz und Kostenoptimierung führen. Dazu muss zunächst die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auf der Einnahmen- und Kostenseite angepasst werden. Die geplante Gesundheitsreform kann jedoch nicht nur von Einsparungen im Gesundheitssystem getragen werden, es muss auch zu Strukturveränderungen kommen. Eine der Grundlagen für eine greifende Reform ist Transparenz in Bezug auf die Leistungen und Kosten des Gesundheitssystems. Ich bin mir sicher, dass alle beteiligten Gruppen und Leistungserbringer im Gesundheitswesen – also auch die

Industrie – die nötigen Maßnahmen mittragen und sich einem fairen und leistungsorientierten Wettbewerb stellen werden. Wichtig ist mir jedoch, bei allen Reformen darauf zu achten, dass in Österreich auch in Zukunft jeder Patient die bestmögliche Behandlung erhält und jeder am medizinischen Fortschritt teilhaben kann.

P: Das Image der Industrie wird in der Öffentlichkeit oft in ein schlechtes Licht gerückt. Mit welchen Schwierigkeiten sehen Sie sich konfrontiert?

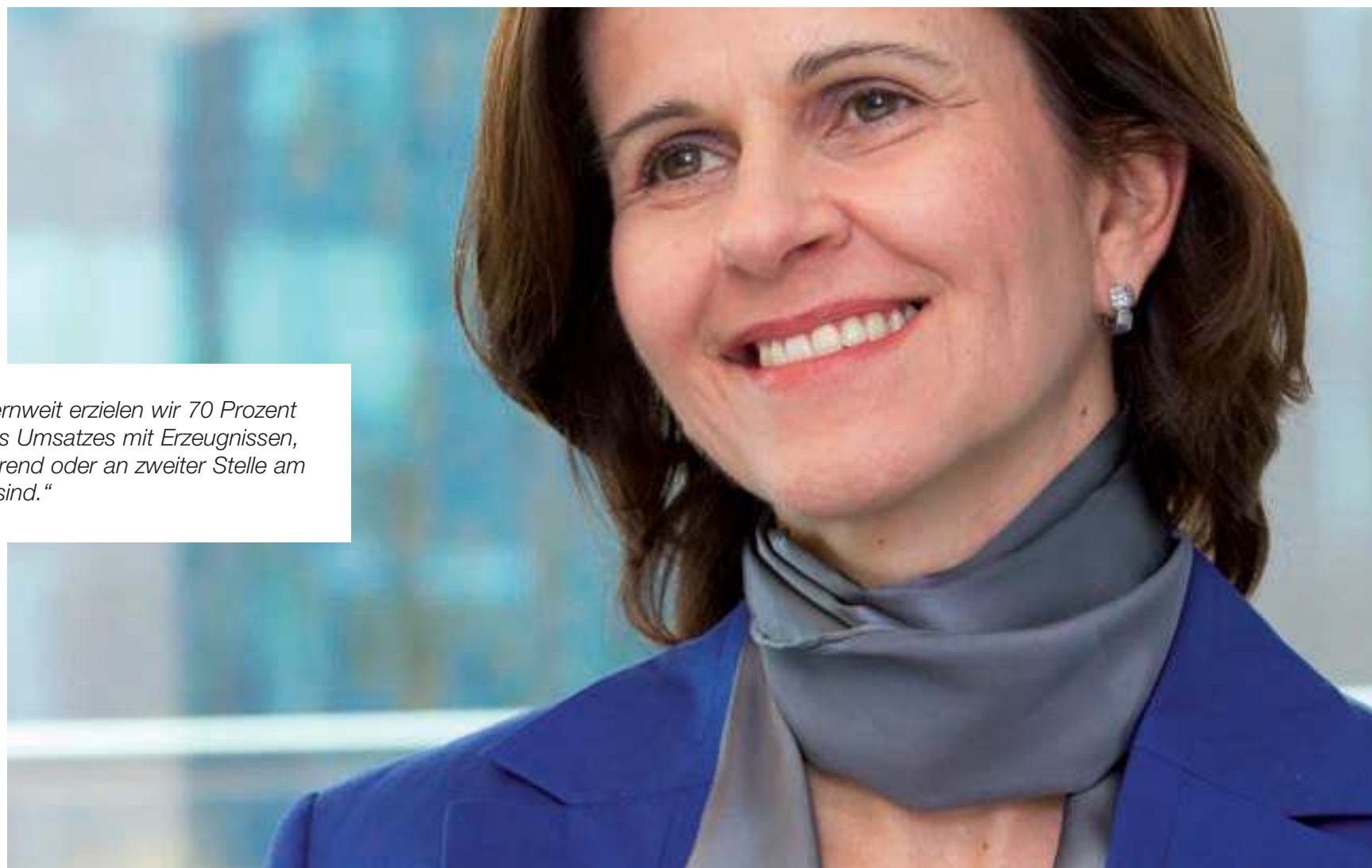
Winkler: Als Medizinproduktehersteller gelten wir natürlich als Kostenverursacher für das Gesundheitssystem, selbst wenn unser Anteil im Vergleich zu Ausgaben wie jene für Personal, Infrastruktur oder Arzneimittel relativ gering ist. Auch wenn wir beispielsweise die Kosten einer durchschnittlichen Operation betrachten, entfällt nur ein kleiner Teil auf Medizinprodukte. Was oft übersehen wird: Wir verursachen nicht nur Kosten, sondern helfen mit hochwertigen Produkten dabei, Kosten zu senken. Ich denke da etwa an das Thema postoperative Wundinfektionen und unser antibakteriell beschichtetes Nahtmaterial. Trotz hoher hygienischer Standards sind Wundinfektionen nach wie vor häufige Komplikationen nach einer Operation. In Österreich liegt die Inzidenz bei drei bis 14 pro 100 Patientenaufnahmen. Postoperative Wundinfektionen sind eine der wesentlichen Ursachen für

ihre Ideen, ihr Know-how und ihre bisherigen Erfahrungen einbringen – aber auch die Bereitschaft haben, sich zu verändern und neue Wege auszuprobieren. Wesentlich ist für meinen Arbeitsalltag das Credo von Johnson & Johnson, unser Firmenleitbild, das mehr oder weniger unverändert seit den 1940er-Jahren besteht. Für mich persönlich ist es ein Regelwerk, das vorgibt, wofür der Konzern steht, und welche Werte wichtig sind, sowohl für die Geschäftsführung als auch für die Mitarbeiter. Im Credo geht es um die Verantwortung gegenüber den Mitarbeitern, Kunden, der Gesellschaft im Sinne von Gemeinwesen und den Aktionären, und darum, wie wir einen fairen Umgang mit diesen Gruppen erreichen können. All dies versuche ich so gut wie möglich zu befolgen.

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

Winkler: Die Mitarbeiter von Johnson & Johnson Medical bilden ein bunt gemischtes Team, sowohl hinsichtlich der Geschlechterverteilung als auch hinsichtlich des Alters und der Ausbildung. Ich glaube, das macht einen großen Teil unseres Erfolges aus. Wichtig ist mir, dass unsere Mitarbeiter neben Leidenschaft für den Bereich Gesundheit gewisse Eigenschaften mitbringen: Sie sollen Eigenverantwortung übernehmen, innerhalb sehr flacher

„Konzernweit erzielen wir 70 Prozent unseres Umsatzes mit Erzeugnissen, die führend oder an zweiter Stelle am Markt sind.“



ungeplante Reoperationen, die wiederum den Krankenhausaufenthalt der Patienten und damit die Behandlungskosten erhöhen. Durch die Verwendung von antibakteriell beschichtetem Nahtmaterial – ein Produkt, das übrigens nur wir anbieten – kann das Risiko von postoperativen Wundinfektionen deutlich reduziert und damit einiges an Kosten eingespart werden.

Manchmal werden wir mit dem Vorwurf konfrontiert, unsere Produkte wären teurer als die anderer Anbieter. Bei Preisvergleichen ist es leider üblich, alleine den Preis eines Produkts heranzuziehen und nicht das „Gesamtpaket“ zu prüfen. Das „Gesamtpaket“ beinhaltet aber auch die Serviceleistungen, die ein Unternehmen zu einem Produkt anbietet, wie zum Beispiel Aus- und Weiterbildung für Ärzte und OP-Personal sowie Klinikmanagement. Wir glauben jedoch, dass eine gute Einschulung für die Anwender wesentlich ist, und verfolgen daher in einigen Bereichen sogar eine strikte „no train – no use“-Policy: Medizinischen Einrichtungen werden neue Produkte nur nach entsprechender Schulung des anwendenden Personals überlassen.

P: Was ist Ihnen bei Ihrer Arbeit wesentlich?

Winkler: Gerade im Gesundheitsbereich haben wir in den letzten Jahren gesehen, dass es viel Bewegung und Veränderung am Markt gibt. Daran muss sich unser Unternehmen anpassen. Das geht aber nur mit der Unterstützung aller Mitarbeiter. Mir ist es wichtig, dass die Mitarbeiter von Johnson & Johnson Medical

Hierarchien mit unterschiedlichen Unternehmensbereichen zusammenarbeiten, vor allem aber mit den laufenden Veränderungen am Markt bzw. im Unternehmen selbst umgehen können. Das nötige Fachwissen kann man sich bei Johnson & Johnson Medical durch gezielte interne Trainings und „on the job“ aneignen. Bei der Arbeit im Team sind mir die Werte wichtig, für die Johnson & Johnson steht, wie etwa Vertrauen, Würde und Respekt. Um diese Werte umzusetzen, ist persönlicher Einsatz nötig, gegenseitige Wertschätzung, Transparenz und Offenheit. Dies sind auch die Maßstäbe, die ich täglich in meiner Arbeit ansetze – und die ich auch von unseren Mitarbeitern erwarte. Für Johnson & Johnson Medical zu arbeiten erfüllt mich mit Freude und Stolz, und genau das versuche ich meinem Team weiterzugeben.

BioBox:

Doris Winkler sammelte ihre ersten Erfahrungen in der Pharmabranche beim österreichischen Pharmaunternehmen Laevosan, das später von der deutschen Fresenius GmbH übernommen wurde. Dort war sie in unterschiedlichen Positionen in den Bereichen Marketing und Vertrieb tätig. Im Mai 1999 wechselte sie zu Johnson & Johnson Medical Austria, zunächst als Sales Manager für LifeScan, einen Unternehmensbereich, der sich mit Diabetes beschäftigt. 2003 übernahm sie die Verantwortung für die gesamte Business Unit in Österreich, später auch für die Schweiz. Seit April 2010 ist Doris Winkler Geschäftsführerin von Johnson & Johnson Medical Austria und damit verantwortlich für den Bereich Market Access. Seit Jänner 2012 verantwortet die Mutter eines Sohnes zusätzlich „General Surgery“, also die Geschäftsbereiche Ethicon und Ethicon Endo-Surgery.

Aktueller wissenschaftlicher Bericht zeigt Handlungsbedarf bei der Schmerzversorgung in Österreich auf

MAG. NINA BENNETT, MA

JOANNEUM RESEARCH Schmerz, besonders chronischer Schmerz, ist in der heimischen Bevölkerung ein weit verbreitetes Problem, das zu einer enormen Belastung der Patienten wie auch des Gesundheitswesens führt. In Österreich leiden mehr als zwanzig Prozent der Erwachsenen an chronischem Schmerz, das sind rund 1,7 Millionen Menschen. Viele davon benötigen Zugang zu einer multimodalen, interdisziplinären Therapie. Schmerz zählt zu den häufigsten Ursachen für Krankenstände, Berufsunfähigkeit und Frühpension. Die Patienten leiden oft lange, bevor es zur richtigen Diagnosestellung und der entsprechenden Therapie kommt. Der aktuelle Bericht von JOANNEUM RESEARCH, „Versorgungssituation bei Schmerz in Österreich“, ist das Ergebnis einer landesweiten Betrachtung. Er stellt die aktuelle Situation sowie Strukturen und Prozesse in der Schmerzversorgung in Österreich dar.



Chronischer Schmerz hat erhebliche Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen, zudem ist deren Versorgung immer noch optimierungsbedürftig. Im Bericht von JOANNEUM RESEARCH, „Versorgungssituation bei Schmerz in Österreich“, wurden Informationen über die Epidemiologie und Leitlinien zusammengefasst, mittels Literaturrecherche und einer Umfrage die Versorgungsstrukturen und -prozesse erhoben, die ökonomischen Auswirkungen eingeschätzt sowie Empfehlungen abgegeben.

„Ziel ist es, Empfehlungen für die Optimierung und Weiterentwicklung der Versorgung von Patienten mit chronischem Schmerz zu geben“, so Louise Jane Schmidt, M.Sc., Autorin des Berichts von JOANNEUM RESEARCH. „Schmerz, besonders chronischer Schmerz, ist ein weit verbreitetes Problem in der Bevölkerung, das sowohl zu enormer Belastung der Patienten wie auch des Gesundheitssystems führt. Bei über 440.000 Österreichern ist der Schmerz als schwerer Dauerschmerz zu bezeichnen“, erläutert Schmidt.

Unzureichende Schmerzversorgung in Österreich

„Jeder Schmerztherapie muss eine genaue Anamnese und Abklärung vorangehen – erst dann kann eine Behandlung erfolgen. Oft kann es Jahre dauern, bis Betroffene gezielt therapiert werden“, so Prim. Priv.-Doz. Dr. Christian Lampl, Präsident (elect) der Österreichischen Schmerzgesellschaft. Den Grund dafür sieht Lampl in der häufig mangelhaften Versorgungsstruktur, die aus Sicht der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG) verbesserungswürdig ist. „Besonderen Versorgungsbedarf gibt es bei den ‚Schmerzrandgruppen‘ wie



Mag. Hanns Kratzer

Kopf- und Rückenschmerz oder neuropathischem Schmerz, aber auch bei schmerzbedingten Depressionen. Festzuhalten ist allerdings, dass die Versorgungsstruktur beim onkologischen Schmerz als gut bzw. ausreichend zu bewerten ist“, erläutert Lampl. Voraussetzung für eine gute Schmerzversorgung ist der Zugang zu innovativen medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapieformen. Um diesen zu erleichtern, wurde von der ÖSG, der Österreichischen



Prim. Priv.-Doz. Dr. Christian Lampl

Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI), der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG) sowie der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) eine Ärzte-Schmerz-Petition gestartet. 1.391 Ärzte fordern darin mit ihrer Unterschrift ein breiteres Therapieangebot sowie die umfassendere Erstattung von innovativen Schmerzmedikamenten durch die österreichische Sozialversicherung. So sollen Schmerzen gelindert und Belastungen für die Volkswirtschaft durch Krankenstand, Invalidität und Berufsunfähigkeit minimiert werden.



Prof. Bernhard Schwarz

Schmerzprävention im Fokus

Für Angehörige medizinischer Berufe ist es oberstes Gebot, Schmerzen zu lindern bzw. zu verhindern. „Deshalb ist Prävention gerade bei Schmerz ein Garant für die rechtzeitige Vermeidung und Heilung. Besonders chronischer Schmerz hat seine Ursache meist in chronischen Krankheiten. Kommen Begleiterkrankungen ins Spiel, lassen sich Schmerzen oft nicht mehr ihrer eigentlichen Ursache zuordnen. Daher müssen wir umdenken und versuchen, die Probleme an der Wurzel zu packen. Ein Schmerzvermeidungsversuch ist mittels Gesundheitsprävention und -förderung leichter möglich“, so Mag. Peter McDonald, stellvertretender Obmann der SVA.



Dr. Winfried Koller

Mit dem Hausarzt durch das Gesundheitssystem

Schmerzen sind in den meisten Fällen der Konsultationsgrund Nummer eins in der allgemeinmedizinischen Praxis. „Dabei ist es essenziell, dass Generalisten – wie gute und kompetente Hausärzte – eine klare Einordnung der Symptome vornehmen. Genauso wenig wie jemand mit Herzinfarkt zum Orthopäden gehört, soll ein Blinddarmpatient mit schmerzstillenden Medikamenten abgefertigt werden. Der Schmerz als Alarmsignal und Ausdruck einer Erkrankung muss für den Betroffenen sowie für den Arzt seine wichtige Rolle beibehalten. Chronischen Schmerzpatienten sollten in der Regel Ambulanzen nachhaltige Lösungen zur Verbesserung ihrer Lebensqualität bieten. Aber auch optimale multimodale Therapieprogramme sind nur begrenzt imstande, chronische Schmerzen dauerhaft zu beseitigen“, so Dr. Winfried Koller, Steirische Akademie für Allgemeinmedizin. Um eine Optimierung der Versorgungssituation von Schmerzpatienten sowie flächendeckende Betreuungsstrukturen zu schaf-

fen, sollten „gestufte Behandlungsansätze“ entwickelt werden, die den Betroffenen Orientierung geben und sie an die richtigen Institutionen heranführen. „Notwendige Eingriffe zur Verhinderung einer Chronifizierung könnten viel Leid verhindern. Hausärzte sind Generalisten und können dadurch als Leitsystem zwischen Institutionen wie Fachärzten oder Ambulanzen fungieren“, bekräftigt Koller.



Louise Jane Schmidt, M.Sc.

Chronischer Schmerz belastet die Volkswirtschaft

Schmerz hat Auswirkungen auf alle Bereiche des Lebens. Nicht nur auf die eigene Befindlichkeit, sondern natürlich auch auf die Partnerschaft, das Familienleben und nicht zuletzt die Arbeitsfähigkeit. „Trotzdem ist die Datenlage zum ‚Gesamtbild‘ Schmerz extrem schlecht. Dies liegt vor allem daran, dass dieser kein eigenes Krankheitsbild ist. Deswegen kann keine Gesamtsumme beziffert werden, was den ‚Schaden‘ betrifft, den er verursacht. Zusammenfassend kann jedoch gesagt werden, dass bei



Mag. Peter McDonald

Schmerzen der Hauptteil der direkten Kosten mit Chronifizierung verbunden ist“, erklärt Prof. Bernhard Schwarz vom Zentrum für Public Health der Universität Wien. Der Experte ergänzt: „Besonders bei chronischem Schmerz besteht für die zuständigen Stellen dringender Handlungsbedarf, um die betroffenen Menschen wieder in den Arbeitsprozess und das soziale Leben einzugliedern. Die Krankenstandstage wegen Schmerzen – vor allem im Stütz- und Bewegungsapparat – nehmen immer mehr zu.“

Fakten Schmerzbericht:

- ▶ Umfragen zeigen, dass Schmerz Betroffene in Österreich lange leiden und mehrere Ärzte aufsuchen, bevor es zur richtigen Diagnosestellung und zur entsprechenden Therapie kommt. Im Schnitt vergehen über zwei Jahre bis zur Diagnose und weitere elf Monate bis zur adäquaten Behandlung.
- ▶ Die geschätzten direkten Kosten für chronischen Schmerz liegen hierzulande zwischen 1,4 und 1,8 Milliarden Euro. Klare Kostentreiber und gleichzeitig führend auf der Liste der häufigsten Schmerzerkrankungen sind dabei chronische Rücken- und Kopfschmerzen.
- ▶ Spezifische Daten zur österreichischen Situation fehlen. Jedoch zeigen grobe Schätzungen, dass sich Kosten durch Fehltage aufgrund von Krankenständen auf ca. 400 Millionen Euro pro Jahr für nichtspezifischen Rückenschmerz belaufen könnten.
- ▶ Etwa 4.400 Neupensionierungen sind pro Jahr auf chronischen Rückenschmerz zurückzuführen.
- ▶ Konservativen Schätzungen für nichtspezifischen Rückenschmerz zufolge entstehen direkte Kosten in der Höhe von ca. 170 Millionen Euro (davon ca. 58 Millionen Euro nur für Spitalsaufenthalte).
- ▶ In Österreich gibt es 85 Schmerzambulanzen, das ist im Durchschnitt eine pro 100.000 Einwohner.

„Ausbildung der Ärzte in Österreich dauert oft doppelt so lange als nötig“

VON SARAH JOSCHTEL, BAKK. PHIL. UND MAG. NINA BENNETT, MA



Um in Österreich nach einem abgeschlossenen Studium der Humanmedizin als Arzt praktizieren zu dürfen, ist die Absolvierung eines mindestens dreijährigen Turnus zur Ausbildung zum Allgemeinmediziner vorgeschrieben. In Wien warten promovierte Ärzte durchschnittlich 28 Monate auf einen Ausbildungsplatz. Die medizinischen Tätigkeiten, mit denen diese Wartezeiten überbrückt werden, sind großteils unbezahlt und in der weiteren Ausbildung oftmals nicht anrechenbar. Ist das Warten endlich überstanden, stellt sich der Ausbildungsplatz vielfach zunächst als Übernahme von Systemerhaltertätigkeiten heraus. Im Periskop-Interview nimmt Dr. Martin Andreas, MBA, Referent für arbeitslose Ärzte und Jungmediziner der Ärztekammer Wien, zur Ärzteausbildung in Österreich Stellung und berichtet über die Schwierigkeiten der jungen Turnusärzte in den heimischen Spitälern.

Jobbörse mit aktuellen Angeboten, die ständig aktualisiert wird, bieten persönliche Beratung und erstellen eine Informationsbroschüre mit Serviceleistungen der Wiener Ärztekammer. Gleichzeitig wird versucht, arbeitslosen Ärzten Hilfestellung bei der Stellensuche zu geben sowie neue Impulse und interessante Lösungsansätze zu entwickeln und umzusetzen.

P: Welche Herausforderungen haben die jungen Turnusärzte im Spital zu bewältigen?

Andreas: Der Großteil der Aufgaben für Turnusärzte im Spital sind Routinetätigkeiten und bürokratische Arbeiten, obwohl diese keiner ärztlichen Ausbildung bedürfen. Dadurch wird ihre Arbeitszeit nicht optimal genutzt. Eine Verschiebung der Aufgaben ist dringend notwendig: Dokumentations- und Systemerhaltertätigkeiten sollten

P: Welche Services bietet die Ärztekammer den Jungmediziner?

Andreas: Als Serviceleistungen für arbeitslose Jungmediziner und Turnusärzte werden geförderte Fortbildungsveranstaltungen organisiert, Tipps zur Turnusausbildung gegeben und Erstinformationen zur Lehrpraxis erteilt. Das Referat ist bemüht, Fragen rund um den Turnus umfassend zu beantworten und Lösungen zu finden, um auch den frisch promovierten Ärzten eine sinnvolle Überbrückung der Wartezeit zwischen Promotion und Ausbildungsplatz zu ermöglichen. Zudem sind wir Herausgeber der Zeitschrift „Junge Mediziner“. Diese erscheint mehrmals jährlich und wird gratis an alle Jungpromoventen versandt. Wir führen des Weiteren eine

Hauptaufgaben der Turnusärzte im Spital klar definiert werden. Tätigkeiten, die nicht Kernaufgaben der Turnusärzte sind, müssen entsprechend delegiert werden, um die Chance auf eine adäquate Ausbildung zu erhöhen. Die gesetzliche Aufnahme des „Turnusärzte-Tätigkeitsprofils“ konnte bisher jedoch nicht durchgesetzt werden, denn die Länder müssten in diesem Fall in den Krankenanstalten eine Umstrukturierung vornehmen.

P: Seit 2010 ist das so genannte „ius migrandi“ durch die Änderung einer EU-Richtlinie sowie deren Veröffentlichung im Amtsblatt der EU Realität. Was bedeutet diese Regelung für österreichische Jungmediziner?

Andreas: Der Vorteil der Änderung der EU-Richtlinie ist, dass man früher auf die Anerkennung der österreichischen Ausbildung in anderen europäischen Ländern durch deren Kontrollgremien angewiesen war. Da österreichische Ärzte im Gegensatz zu jenen in Deutschland nach dem Abschluss des Studiums nicht approbieren, musste man erst um die Anerkennung der Ausbildung ansuchen. Das „ius migrandi“ bedeutet eine Aufwertung der Grundausbildung für Medizin, denn diese hat nun in jedem europäischen Land denselben Stellenwert.



P: Viele Experten behaupten, Österreich hätte das beste Gesundheitssystem der Welt. Wie stehen Sie zu dieser Aussage?

Andreas: Ich glaube, dass Österreich eines der besten Gesundheitssysteme der Welt hat. Es gibt bei uns keine echte Zwei-Klassen-Medizin und gemessen

am Bruttoinlandsprodukt haben wir ein vergleichsweise günstiges Gesundheitssystem. Im Vergleich zu Amerika oder anderen europäischen Ländern wird dafür verhältnismäßig wenig ausgegeben. Trotzdem werden die Menschen durch den

„Es gibt bei uns keine echte Zwei-Klassen-Medizin und gemessen am Bruttoinlandsprodukt haben wir ein vergleichsweise günstiges Gesundheitssystem.“

leichten Zugang zu Gesundheitsleistungen exzellent versorgt. Natürlich hat das österreichische Gesundheitssystem auch Verbesserungspotenzial, beginnend mit der Ärzteausbildung. Österreich leistet sich für Mediziner eine Ausbildung, die doppelt so lange dauert als nötig. Das Gesundheitssystem würde unter einer Änderung dieser Tatsache nicht leiden, ganz im Gegenteil. Zudem bin ich überzeugt, dass vor allem im niedergelassenen Bereich Nachholbedarf besteht. Allerdings möchte ich vor der Privatisierung von Gesundheitsleistungen warnen – Amerika hat ein voll privatisiertes System und ist wahrscheinlich das teuerste der Welt.

P: Was ist Ihnen bei Ihrer Arbeit in der Ärztekammer wichtig und was bereitet Ihnen Freude?

Andreas: In der Ärztekammer habe ich die großartige Möglichkeit, mit mehreren Generationen von Ärzten in unterschiedlichen Positionen über Probleme sprechen zu können, dabei immer wieder auf Missstände hinzuweisen und gemeinsam Lösungsansätze auszuarbeiten.

P: Sie sind Referent für arbeitslose Ärzte und Jungmediziner in der Ärztekammer Wien. Worin liegt Ihre Motivation, sich für eine Verbesserung der Ausbildungssituation von Ärzten einzusetzen?

Andreas: Für mich war es schon seit Beginn meines Studiums wichtig, Probleme nicht einfach als gegeben hinzunehmen, sondern Lösungsansätze zu suchen und Verantwortliche in die Pflicht zu rufen. Deshalb habe ich mich schon während des Studiums im Rahmen der Hochschülerschaft in der Interessenvertretung engagiert. Nach dem Medizinstudium wurde mir schnell bewusst, dass sich die anschließende Ausbildung in vielen Punkten als problematisch erweist. Aus diesem Grund bin ich bei der Ärztekammer für Wien aktiv geworden, um mich als Referent für arbeitslose Ärzte und Jungmediziner vor allem für deren Interessen einzusetzen.

von den Mediziner an andere Kräfte ausgelagert werden. Blutabnehmen zum Beispiel könnte wie in anderen europäischen Ländern von nichtärztlichen Fachkräften, etwa dem diplomierten Pflegepersonal, übernommen werden. Aus Sicht der Jungärzte könnte eine Aufwertung des Pflegepersonals gleichzeitig eine Aufwertung des Turnus bewirken. Dann würde auch die Facharzt-ausbildung nicht zu kurz kommen.

P: Seit Jahren fordert die Ärztekammer vom Gesundheitsministerium die gesetzliche Aufnahme des „Turnusärzte-Tätigkeitsprofils“. Wie ist diesbezüglich der Status quo?

Andreas: Es ist eine unserer langjährigen Forderungen, das „Turnusärzte-Tätigkeitsprofil“ ins Ärztegesetz aufzunehmen, damit die

BioBox:

Dr. Martin Andreas, MBA, absolvierte sein Medizinstudium an der Medizinischen Universität in Wien und schloss es 2006 ab. Im Jahr 2010 absolvierte er den MBA in Health Care Management. Derzeit fungiert er als Referent für postgraduale Studien bei der Österreichischen Hochschülerschaft (ÖH) Wien und als Referent für arbeitslose Ärzte und Jungmediziner bei der Ärztekammer. Im Oktober 2011 wurde er zudem zum Vizepräsidenten des Alumni-Clubs der Medizinischen Universität Wien gewählt.



„Die Pneumologie ist ein zukunftssträchtiges Fach“

VON SARAH JOSCHTEL, BAKK. PHIL.
UND MAG. NINA BENNETT, MA

Seit Herbst des vergangenen Jahres fungiert mit OA Dr. Sylvia Hartl erstmals eine Frau als Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP), die diese Fachrichtung und deren Anliegen als wissenschaftliche Vereinigung in unserem Land vertritt. Die Oberärztin an der ersten internen Lungenabteilung am Wiener Otto-Wagner-Spital erläutert im Periskop-Interview die wichtigsten Ziele ihrer zweijährigen Präsidentschaft und spricht über Österreichs eklatanten Datenmangel in Bezug auf die epidemiologische Entwicklung von Lungenerkrankungen sowie über die Zukunft der Pneumologie.

P: Sie sind seit September 2011 als Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie im Amt. Welche thematischen Schwerpunkte möchten Sie setzen und welche Ziele haben Sie für die Zeit Ihrer Präsidentschaft?

Hartl: Bereits im Jahr 2008 hat die ÖGP damit begonnen, einen Strategieplan zu entwickeln. Ein Mission-Statement fasst die wichtigsten Aufgaben der Gesellschaft – Weiterbildung, Wissenschaftsförderung und Patientenadvokatur – zusammen. Die Überarbeitung der Weiterbildungsstrategie stellt eines meiner großen Ziele dar: Die Selektion, die Aufbereitung und die Form des Bereitstellens einer enormen Wissensmenge ist ein aufwändiger Prozess, bei dem man auf die „Nachbarschaft“, die sich am Markt bewegt, achten muss.

P: Sie haben das Wort „Nachbarschaft“ ganz bewusst verwendet, könnte man auch von Konkurrenz sprechen?

Hartl: Eine wissenschaftliche Gesellschaft hat im eigentlichen Sinne keine Konkurrenz, denn es ist eine ihrer Hauptaufgaben, dem Stillstand des Wissens vorzubeugen und den letzten Stand der Forschung gemeinsam mit anderen Gesellschaften interdisziplinär zu beleuchten. Auch wenn noch weitere hochqualitative Fortbildungseinrichtungen bestehen, so betrachte ich diese nur bedingt als Konkurrenz. Jene, die selbstständig Fortbildungen anbieten – wie etwa die pharmazeutische Industrie – verstehen wir durch ihre anderen thematischen Schwerpunkte als eine Ergänzung. Techniken und Entwicklungen vorauszu sehen bringt für die Zukunft klare Wettbewerbsvorteile.

P: Bei Ihrem Amtsantritt haben Sie den Begriff „Masterplan Pneumologie“ geprägt, der das Profil der Pneumologie schärfen soll. Wie sehen hier Ihre Ziele aus?

Hartl: Der Masterplan beschreibt, welchen Weg die Pneumologie einschlagen muss, damit die Wachstumschancen des Fachbereichs gesucht, wahrgenommen und verwirklicht werden können. Der Masterplan ist auf einen Zeitraum von fünf Jahren ausgelegt und macht sich schwerpunktmäßig zum Ziel, die Ausbildungsstruktur so zu verbessern, dass der Nachwuchs gezielt gefördert, die Patientenbehandlung bezüglich Strukturen und Vernetzungen optimiert und die Datenerhebung durch notwendige Krankheitsregister gestärkt wird.

P: In Österreich besteht ein eklatanter Datenmangel, speziell im Hinblick auf Daten zur Krankheitsentwicklung. Könnte es in der Pneumologie nicht auch verfügbare Daten geben, die existieren, aber nicht zugänglich sind?

Hartl: Es gibt viele Beispiele für Datenquellen, die gewisse Fragen beantworten können. Wir haben bereits über das statistische

„Die Lunge ist ein Umweltorgan, das allen möglichen Einflüssen ausgesetzt und daher auch stark mit Zivilisationskrankheiten behaftet ist.“



Zentralamt versucht, anhand der bestehenden Daten zum Raucherverhalten Risikogruppen zu suchen. Bezogen auf die Daten aus dem Mikrozensus, könnte man Risikoprofile oder Kennzahlen erstellen. Auch andere Datenquellen enthalten Angaben, die vernetzt Aussagen ermöglichen können. Was im Vergleich zu den meisten anderen europäischen Ländern fehlt, sind epidemiologische Erkrankungszahlen in der Pneumologie. Und das obwohl wir wissen, dass Lungenerkrankungen im Vergleich zu den meisten anderen chronischen „non communicable diseases“ im Zunehmen sind. Der drohende Fachärztemangel in der Pneumologie in den nächsten zehn Jahren geht auf fehlende österreichische Daten zurück. Aber auch Daten über die inhomogene Behandlung pneumologischer Erkrankungen lagen hierzulande bislang nicht vor. Die Österreichische Gesellschaft für Pneumologie hat zum ersten Mal einen Audit-Prozess gemeinsam mit 13 europäischen Ländern durchgeführt, die Verbesserungen durch Aufzeigen von Mängeln und Lernen ermöglichen sollen.

P: Welche Zukunftsperspektiven bestehen für die Pneumologie und weshalb würden Sie einem Medizinstudenten raten, sich für dieses Fach zu entscheiden?

Hartl: Die Pneumologie ist ein großes Fach mit sehr breiten Entfaltungsmöglichkeiten. Die Lunge ist ein Umweltorgan, das allen

möglichen Einflüssen ausgesetzt und daher auch stark mit Zivilisationskrankheiten behaftet ist. Diese sind in den industrialisierten Ländern sehr stark im Steigen begriffen. Die Pneumologie hat daher einen sehr hohen Forschungsbedarf, sowohl in der Grundlagenforschung als auch in der klinischen Forschung. Daher ist sie ein sehr zukunftssträchtiges Fach. Unsere Aufgabe als Gesellschaft ist es, die Karrieremöglichkeiten explizit aufzuzeigen – und das möglichst schon zu Beginn des Studiums, da laut Statistik bei einem Studenten bereits im ersten Drittel seiner Ausbildung Karrierewunschbilder entstehen.

P: Die ÖGP warnt regelmäßig davor, dass durch eine falsche Gesundheitspolitik, besonders was den Nichtraucherschutz betrifft,

die Basis für „Generationen von Lungenkranken“ gelegt wird. Sind Sie mit dem Gesundheitsministerium diesbezüglich im Gespräch?

Hartl: Wir befinden uns regelmäßig im Gespräch mit dem Ministerium. Dabei handelt es sich allerdings um ein Thema, das sich nicht einzig und allein auf die Lunge beschränkt. Durch das Einschränken des Rauchens entsteht etwa auch in der Kardiologie schlagartig ein Gewinn. In der Pneumologie hingegen ist hier die längerfristige Komponente von Bedeutung: Es kommt zu einer Reduktion von Krankheiten wie der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD).

P: Gibt es eine medizinische Erklärung dafür, dass unter den Jugendlichen die Zahl der weiblichen Raucher höher ist als die der männlichen?

Hartl: Mädchen sind etwas frühreifer als Jungs, deshalb fangen sie auch früher an zu rauchen. Die Tatsache, dass so jung begonnen wird zu rauchen, resultiert meiner Ansicht nach daraus, wie wenig Eltern in die Gesunderhaltung ihrer Kinder investieren. Es ist ein Zeichen für die abnehmende Sozialisierung einer Gesellschaft, wenn Kinder unter diesem Erlebnisdruck stehen – ob nun Alkohol, Drogen oder Tabak betreffend. Eine Jugend, die einer Konsumwelt gegenüber allein gelassen wird, in einem Alter, in dem weder Konsumverhalten noch dessen Folgen richtig eingeschätzt werden können, wird vernachlässigt.

P: Sie haben anfangs die internationale Vernetzung als eine wesentliche Aufgabe der Gesellschaft genannt. Wie wichtig ist es für Sie persönlich, aber auch für die Gesellschaft, einen gewissen Austausch zu pflegen?

Hartl: Die Sammlung von medizinischem Wissen auf globaler Ebene ist nur noch im Netzwerk zu bewältigen, genauso wie die Forschung. Sonst würde es zu lange dauern, Erkenntnisse zu erlangen. Mir ist es wichtig, zumindest in meinem Fachbereich in dieser Hinsicht Erfolge zu erlangen.

BioBox:

OA Dr. Sylvia Hartl ist seit 1992 Oberärztin an der 1. Lungenabteilung am Otto-Wagner-Spital in Wien und Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP). Zuvor war sie vier Jahre als Generalsekretärin der European Respiratory Society (ERS) tätig. Im Jahr 1976 begann Sylvia Hartl an der Universität Wien Medizin zu studieren, sie promovierte sechs Jahre später und ist seit 1990 Fachärztin für Pneumologie. Vor ihrer Promotion war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der „Myocardial Depressant Factor Research Group“ am Institut für Physiologie der Universität Wien tätig. In ihrer Funktion als Oberärztin

institutionalisierte sie die erste „Respiratory Care Unit“ in Österreich, eine Station zur Beatmung von chronisch kranken Lungenpatienten. Seit 2010 leitet sie die europäische COPD-Audit-Gruppe der ERS, die die Behandlungsqualität von spitalspflichtiger COPD untersucht. Seit 2011 leitet sie im Konsortium die österreichische LEAD-Studie, die erste epidemiologische Gesundheitsstudie zum natürlichen Verlauf der Lungengesundheit in Österreich im Ludwig-Boltzmann-Institut für COPD und pneumologische Epidemiologie am Otto-Wagner-Spital.





„Gesundheit im Dialog“ Diskussion über Reformpotenziale an den Schnittstellen des österreichischen Gesundheitssystems

VON SARAH JOSCHTEL, BAKK. PHIL UND MAG. NINA BENNETT, MA

Im Rahmen des „Tages des Apfels“, der traditionell am zweiten Freitag im November begangen wird, veranstaltete Bayer Austria Ges.m.b.H. gemeinsam mit der Industriellenvereinigung (IV) am Vortag des Apfeltages bereits zum vierten Mal die Diskussionsrunde „Gesundheit im Dialog“. Dabei wurde im Wiener Haus der Industrie die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems erörtert. Zu den Diskutanten zählten Gesundheitsminister Alois Stöger, Mag.^a Sonja Wehsely, Wiener Stadträtin für Gesundheit und Soziales, Mag. Peter McDonald, SVA-Obmann-Stellvertreter, Dr. Johannes Steinhart, Vizepräsident der Wiener Ärztekammer, und Thomas Salzer, geschäftsführender Gesellschafter der Salzer Gruppe. Zum Auftakt der Diskussion referierte Professor Dr. Andreas Wörgötter von der OECD über Reformnotwendigkeiten für das österreichische Gesundheitssystem.

Die Diskutanten erläuterten, dass das österreichische Gesundheitswesen von einer Zersplitterung der Kompetenzen geprägt sei. Die Finanzierungsverantwortung von Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherungsträgern decke sich nicht mit ihrer Aufgaben- und Ausgabenverantwortung. Dies führe zu unterschiedlichen Interessen, Ineffizienzen, Doppelgleisigkeiten, Intransparenz, Zielkonflikten und Steuerungsdefiziten. Des Weiteren wurde darüber gesprochen, dass die Bundesregierung bei ihrer Klausur im Mai 2011 eine Spitals- und Gesundheitsreform vereinbart hat, als auch über den Masterplan des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger, der bereits im November 2010 vorgelegt wurde. Anfang April 2011 setzte die Bundesgesundheitskommission eine Steuerungsgruppe aus Bund, Ländern und Sozialversicherung ein, die vor allem im Bereich der Spitäler Reformmaßnahmen erarbeiten sollte. Bei der Diskussionsrunde „Gesundheit im Dialog“ wurde erörtert, welche Reformpotenziale insbesondere an den Schnittstellen des österreichischen Gesundheitswesens zu beobachten sind und inwiefern diese bei der geplanten Gesundheitsreform berücksichtigt werden.

OECD schlägt deutlichere Zuordnung der Verantwortungen vor

Das österreichische Gesundheitssystem biete laut Prof. Dr. Andreas Wörgötter eine gute Qualität und leicht zugängliche ärztliche Versorgung, sei aber zu teuer. Steuerung und Finanzierung seien stark fragmentiert und zu viele Gesundheitsleistungen werden im stationären Bereich erbracht, obwohl eine adäquate Versorgung im niedergelassenen Bereich ebenso möglich wäre. Es bestehe zudem zu wenig Interesse an Kosteneffizienz und speziell die Vorsorge komme zu kurz. Der Länderbericht der OECD schlägt für Österreich vor, die Verantwortung für Leistungserbringung, Finanzierung und Ausgaben deutlicher zuzuordnen und einen landesweiten Kapazitätsplan für öffentlich finanzierte stationäre und ambulante Gesundheitseinrichtungen durchzusetzen. Außerdem sollten ergebnisorientierte Zahlungsmechanismen in allen Gesundheitsdienstleistungen eingeführt werden, und auch eine Umstellung auf integrierte Versorgungsmodelle sollte gefördert werden.

Nutzung der elektronischen Gesundheitsakte als Instrument der Vernetzung

Mag. Christoph Neumayer, Generalsekretär der Industriellenvereinigung, legte in seinen Ausführungen den besonderen Wert der Einführung der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) dar. Durch diese würde ein wesentlicher Schritt zur besseren Vernetzung von behandelnden Ärzten im stationären und im niedergelassenen Bereich gesetzt werden. „Es könnten viele der bisherigen Bruchstellen im Gesundheitswesen überwunden und damit die Behandlungsqualität erhöht werden.“ Neumayer sieht in ELGA vor allem Verbesserungen für die Patienten. Auch wenn es in dem einen oder anderen Punkt zur gesetzlichen Umsetzung noch Klärungsbedarf gebe, appellierte er an alle Akteure, das Projekt einer elektronischen Gesundheitsakte grundsätzlich zu unterstützen.

Mauern einreißen und Grenzen überwinden

Alois Stöger, Bundesminister für Gesundheit, erklärte: „Reformpotenziale gibt es an diversen Schnittstellen im Gesundheitssystem: Die unterschiedlichen Landes-Spitalsgesetze behindern die effiziente Zusammenarbeit über Ländergrenzen hinweg – die Grenzen gleichen manchmal eisernen Vorhängen. Aber auch an der Schnittstelle zwischen niedergelassenem Bereich und Spitälern gibt es Reformbedarf. Vor allem die Einführung der elektronischen Gesundheitsakte ELGA ist unbedingt notwendig.“



Dazu nahm Mag.^a Sonja Wehsely, Stadträtin für Gesundheit und Soziales der Stadt Wien, Stellung: „Vor jeder Schnittstellendiskussion muss die Frage geklärt werden, wie man wieder zu einer Grundversorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Wien kommen kann – weg von der mittlerweile realiter existierenden Grundversorgung durch die Spitalsambulanzen. Traditionellerweise gibt es hohe Mauern zwischen den Verantwortungsreichen. Deswegen bestehen für mich die wichtigsten Ziele darin, die Mauern in den Köpfen zu überwinden, Schnittstellen in Verbindungsstellen umzuformen und weg von der Tradition zu gelangen, Interessen- und Standespolitik in den Vordergrund zu stellen.“

Vordergründig nationale Gesundheitsziele schaffen

Mag. Peter McDonald, SVA-Obmann-Stellvertreter, merkte an, dass unter den Experten Einigkeit darüber herrsche, dass es Reformmaßnahmen geben müsse. Denn sonst würde die Gesundheitsversorgung in Österreich bereits in zehn Jahren nicht mehr aufrechtzuerhalten sein. „Österreich ist zu klein für neun abgegrenzte Gesundheitssysteme. Benötigt wird ein einheitlich funktionierendes Gesundheitssystem, in dem der Patient – nicht die Institution, das Spital – im Mittelpunkt steht. Wir benötigen nationale Gesundheitsziele, zu denen sich alle Systemverantwortlichen österreichweit bekennen. Wir müssen die Reform endlich angehen – zum Nutzen der Patienten!“

Unnötige Mehrkosten einsparen

Dr. Johannes Steinhart, Vizepräsident der Wiener Ärztekammer, vertrat die Ansicht, dass es unverständlich sei, dass gerade in Zeiten der knappen Mittel seitens des Bundesministers „Mammutbürokratieprojekte“ wie die ELGA umgesetzt werden sollen. Aus Sicht der Ärzteschaft sollten die ohnedies begrenzten Mittel im Gesundheitssystem so effizient wie möglich eingesetzt werden. Thomas Salzer, geschäftsführender Gesellschafter der Salzer Gruppe und Vorsitzender der Fokusgruppe Gesundheit der Industriellenvereinigung, meinte, dass das Kernproblem die mangelnde Abstimmung zwischen stationärem und niedergelassenem Bereich bei der Planung, Finanzierung und Steuerung sei. Dadurch würden „zwei Gesundheitssysteme“ nebeneinander existieren, die durch unterschiedliche Finanzierungs- und Anreizmechanismen gekennzeichnet seien und mitunter ungewollte Leistungsverchiebungen vom niedergelassenen in den stationären Bereich bewirken würden. Unnötige Mehrkosten für das System seien die Folge. Vorrangiges Ziel von Reformen müsse eine österreichweite, sektorenübergreifende Planung des Leistungsangebots im Gesundheitsbereich sein.

Reformierung durch Einbindung aller Partner des Gesundheitssystems

Dr. Martin Hagenlocher, Geschäftsführer von Bayer Austria Ges.m.b.H., sprach darüber, dass die Voraussetzung für eine echte Gesundheitsreform die Einbindung aller Partner darstelle. Jeder Einzelne müsse dazu bereit sein, einen Schritt auf die anderen zuzugehen. Abschließend stellte er klar: „Mir ist es wichtig, dass es bei der geplanten Gesundheitsreform nicht nur um Kosteneinsparungen gehen soll, sondern in erster Linie darum, die bestehenden Ressourcen – nicht zuletzt auch für innovative Arzneimittel – besser einzusetzen, damit schlussendlich alle, insbesondere die Patientinnen und Patienten, von dieser Reform profitieren können.“



v.l.n.r.: Prof. Dr. Andreas Wörgötter | Alois Stöger, diplômé | Dr. Martin Hagenlocher | Mag.^a Sonja Wehsely | Dr. Martina Salomon | Thomas Salzer | Mag. Peter McDonald | Dr. Johannes Steinhart



„Burden of Disease Reports“: Epidemiologie und Krankheitslast im Fokus

Aktuelle Problemfelder der Public Health sind aus einer klinischen, ökonomischen und gesamtgesellschaftlichen Perspektive von Relevanz und bedürfen entsprechender Bewusstseinsbildung und Öffentlichkeitsarbeit. Im Rahmen des „Burden of Disease Reports“, eines neuen Publikationsmoduls im Rahmen der „Internationalen Zeitschrift für ärztliche Fortbildung“, gewährleistet UPDATE EUROPE – Gesellschaft für ärztliche Fortbildung eine bedarfsorientierte Projektarbeit. Dabei werden vielfältige Themen aufgegriffen und im Hinblick auf die epidemiologische Situation in Österreich aufbereitet. Spezifische Publikationen mit Zahlen und Fakten, die auch die Kosten und den sozialen Impact bestimmter Erkrankungen widerspiegeln, verdeutlichen den aktuellen Präventions- und Therapiebedarf und bieten eine maßgeschneiderte wissenschaftliche Grundlage für die Argumentation gegenüber Vertretern des Gesundheitswesens und der Kostenträger.

Gesundheitsökonomischer Stellenwert von Krankheiten

Zahlreiche Erkrankungen wie etwa Depression, Demenz, Diabetes mellitus oder Osteoporose stellen heute aufgrund der hohen Morbidität und Mortalität, teils schwerer gesundheitlicher Langzeitfolgen sowie der starken Beeinträchtigung der Lebensqualität und gegebenenfalls Produktivität nicht nur ein medizinisches Problem, sondern auch eine große Herausforderung für das Gesundheitssystem und die Volkswirtschaft dar. Das Ausmaß des Problems ist vielschichtig und umfasst auch die gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Folgekosten. Effektive Therapien können somit nicht nur zur Reduktion der Beschwerden, sondern auch zur Prävention von Langzeitschäden und Verbesserung der Funktionsfähigkeit sowie zur Kosteneinsparung im Gesundheitssystem beitragen.

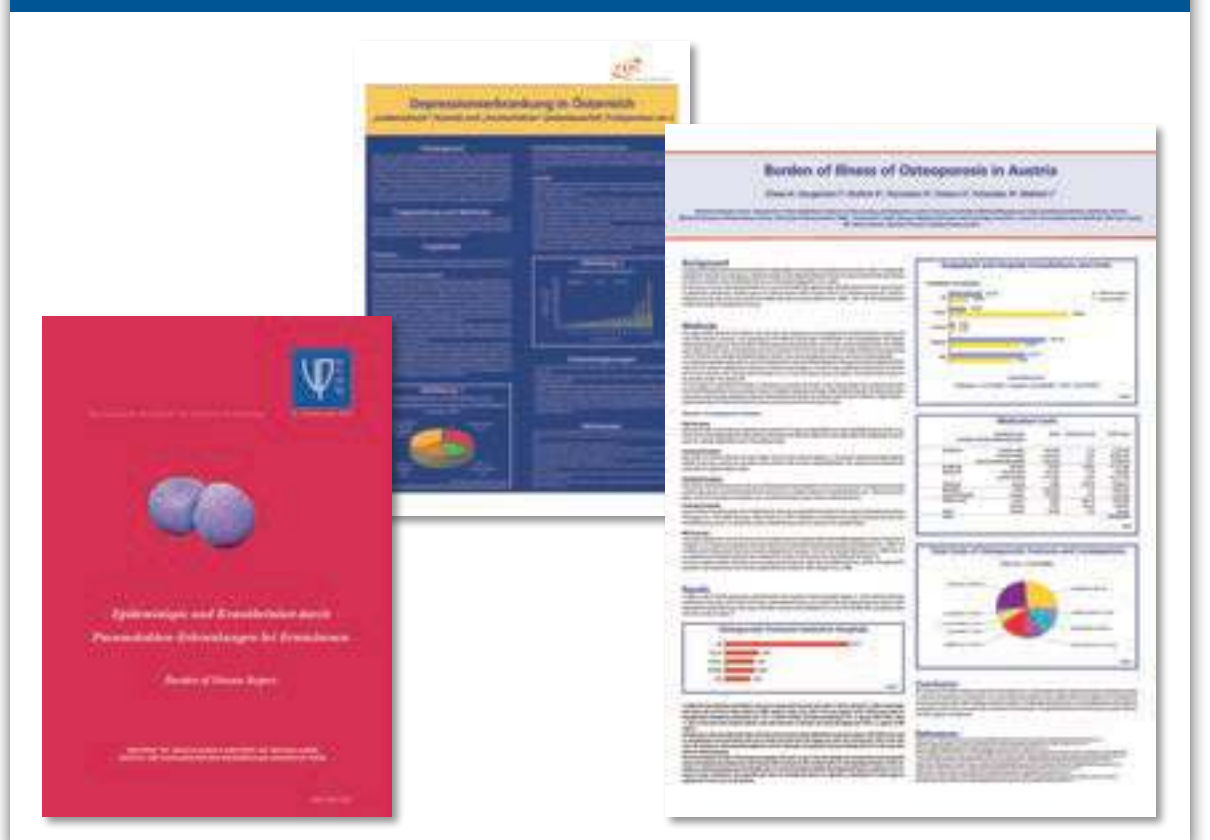
Die Evaluierung der Krankheitslast geht primär auf das Projekt „Global Burden of Disease“ (GBD) zurück, welches 1992 von der Harvard University, der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Weltbank begründet wurde. Die groß angelegte GBD-Studie ist der Quantifizierung von Todesfällen, Krankheit, Behinderung und Risikofaktoren, aufgeteilt nach Regionen und Bevölkerungsgruppen, gewidmet. Ziel war es, anhand dieser epidemiologischen Daten weltweit die Ursachen für Sterblichkeit und Krankheiten zu ergründen und damit Ansatzpunkte für eine Reduktion der Krankheitslast zu identifizieren. Die Quantifizierung der Krankheitslast mittels einer nachvollziehbaren und standardisierten Herangehensweise trägt wesentlich dazu bei, Prioritäten für Präventions- und Therapiemaßnahmen zu definieren. Mit den „Burden of Disease Reports“ hat UPDATE EUROPE nun ein neues Publikationsmodul etabliert, welches diesen Ansatz im Hinblick auf die epidemiologische und gesundheitspolitische Situation in Österreich adaptiert.

Umfassendes Projektmanagement durch UPDATE EUROPE

Die „Burden of Disease Reports“ basieren auf Erkenntnissen der klinischen Epidemiologie, welche die Verteilung, die Determinanten und die Risikofaktoren gesundheitsbezogener Zustände und Ereignisse in Bevölkerungsgruppen untersucht und dieses Wissen für die Bewältigung von Gesundheitsproblemen oder die Planung von Gesundheitsdienstleistungen anzuwenden versucht. Darüber hinaus werden auch Krankheitskostenstudien berücksichtigt, welche die sozialen Kosten einer Krankheit oder eines gesundheitsschädigenden Verhaltens ermitteln. Dies hilft bei der Beurteilung der gesundheitspolitischen Dringlichkeit der betreffenden Krankheit, dient aber auch zur Abschätzung aussichtsreicher Behandlungsstrategien.

Entsprechend dem breiten interdisziplinären Themenspektrum von UPDATE EUROPE, werden im Rahmen der „Burden of Disease Reports“ Public-Health-Problemfelder aus allen Bereichen der Medizin aufgegriffen und in Kooperation mit Gesundheitsökonomien, Experten für Statistik und wissenschaftliche Methodik sowie Meinungsbildnern und Sponsoren aus der pharmazeutischen Industrie übersichtlich und praxisrelevant dargestellt. Das Projektmanagement von UPDATE EUROPE inkludiert neben Konzepterstellung, Textierung („Medical Writing“) und Abstimmungsarbeiten mit den involvierten Experten auch umfassende Literaturrecherche sowie die Erhebung und statistische Auswertung der entsprechenden Daten.

„BURDEN OF DISEASE REPORTS“: MEHRSEITIGE PUBLIKATION, INFO-LEAFLET UND WISSENSCHAFTLICHES POSTER



WEITERE PUBLIKATIONSMODULE VON UPDATE EUROPE

UPDATE EUROPE ist seit mehr als zwanzig Jahren mit einem vielfältigen Leistungsangebot als Drehscheibe und Netzwerk im medizinischen Publikations- und Veranstaltungsmanagement etabliert. Die Module im Rahmen einer eigenen Publikationsreihe („Internationale Zeitschrift für ärztliche Fortbildung“) werden fortlaufend weiterentwickelt und dem aktuellen Bedarf angepasst. Dabei hat sich UPDATE EUROPE als kompetenter und verlässlicher Partner für Unternehmen, Universitäten, Forschungseinrichtungen, medizinische Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften sowie Experten und „Key Opinion Leaders“ (KOLs) auf österreichischer und internationaler Ebene bewährt.

Für das renommierte Profil von UPDATE EUROPE sind insbesondere folgende Module prägend geworden:

- **Experten- & Konsensusstatements:** widmen sich der Positionierung, dem Stellenwert bzw. neuen Einsatzmöglichkeiten von etablierten Substanzen in verschiedenen Fachgebieten.
- **New-Drugs-Statements:** präsentieren neu eingeführte Medikamente und zielen darauf ab, praxisrelevante Empfehlungen durch ein österreichisches oder internationales Expertengremium zu erarbeiten.
- **Studienvorbereitung in Form von Sonderdrucken:** strukturierte Aufbereitung aktueller Studien zu einem Themengebiet bzw. Präparat in kurzer, prägnanter Form für den Arzt in der Praxis, evtl. mit Kommentierung der Studien durch einen Experten oder ein Expertengremium.

Darüber hinaus bietet UPDATE EUROPE mit seiner interdisziplinären medizinischen Ausrichtung individuell abgestimmte Dienstleistungen im Bereich Wissenschaftsredaktion und Medical Writing für alle Fachgebiete, zum Beispiel für das Erstellen von wissenschaftlichen Dokumenten sowie von Publikationen und Aussendungen mit wissenschaftlich fundierter Argumentation.

BURNOUT IST KEINE „MODEERKRANKUNG!“

VON MAG. SABINE SOMMER

Im Vorfeld des Symposiums „Burnout – Ursachen und Folgen“, das Ende Jänner vom Anton-Proksch-Institut veranstaltet wurde, stellte sich der neue Verein „BURN AUT – Österreichische Gesellschaft für Arbeitsqualität und Burnout“ erstmals den Medienvertretern vor. Die Plattform führt unterschiedliche Kooperationspartner zum Thema Arbeitsqualität und Burnout zusammen und fordert einen seriösen öffentlichen Diskurs statt des inflationären Gebrauchs des Begriffs. Außerdem will „BURN AUT“ Maßnahmen zur Früherkennung des Krankheitsbildes und die zahlenmäßige Erfassung der Betroffenen etablieren.

„BURN AUT“, die im November 2011 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 unter Experten aus dem Gesundheitssystem ein. Kürzlich wiesen die Gesellschaftsgründer und Vereinsvorstände, Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek, ärztlicher Direktor des Anton-Proksch-Instituts Wien, und Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Lalouschek, Leiter des Gesundheitszentrums „The Tree“ und des Beratungsinstituts „Medical Coaching“, anlässlich einer Pressekonferenz nachdrücklich darauf hin, dass Burnout keine Modeerscheinung sei. Vielmehr stelle Burnout einen massiven Leidensdruck für die Betroffenen dar, der professionelle, multimodale und interdisziplinäre Therapieansätze erfordere.

DIALOG ZWISCHEN DEN VERANTWORTUNGSTRÄGERN FÖRDERN

Univ.-Prof. Dr. Musalek nannte als Grundidee die Errichtung eines Kompetenzzentrums zur Zusammenführung von Experten. „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. Wir haben ein großes Interesse daran, mit Institutionen wie Ministerien, der Arbeiterkammer, der Industriellenvereinigung und der Wirtschaftskammer zusammenzuarbeiten.“

„BURNOUT ERNST NEHMEN UND NICHT ALS ‚MODEERKRANKUNG‘ HERUNTERSPIELEN“

Die Vereinsgründung habe sich aus der zunehmenden Relevanz des Themas ergeben, so die Referenten bei der Pressekonferenz. Das Krankheitsbild Burnout habe in ganz verschiedene Gesellschaftsbereiche ausstrahlende Konsequenzen, die weiter gingen, als man auf den ersten Blick denken würde. Eine Analyse der Sozialversicherung habe gezeigt, dass im Jahr 2009 rund 900.000 Menschen das Gesundheitssystem aufgrund von psychischen Erkrankungen in Anspruch genommen hätten. Auf der gesellschaftspolitischen und volkswirtschaftlichen Ebene seien demnach Krankenstände und Frühpensionierungen die Folgen. „Burnout wird auch medizinisch ein immer relevanteres und häufiger 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“, so Univ.-Prof. Dr. Musalek. Beim Phänomen Burnout gäbe es das Problem, dass es vielerorts falsch kommuniziert und der Begriff nahezu inflationär verwendet würde, daher entstünden Verwirrungen. Ein Hauptziel des Vereins sei auch die Informationsvermittlung zu dieser Thematik.

ZENTRALE THEMEN:

ARBEITSFREUDE UND ARBEITSQUALITÄT

Die Beschäftigung mit Burnout setze auch eine Beschäftigung mit Arbeit und Arbeitsqualität voraus. „In Österreich gibt es keinen Diskurs über Arbeitsqualität, Freude an der Arbeit oder Ressourcengewinnung durch sie. Das sind aber zentrale Themen im Umgang mit der Burnoutproblematik, die daher auch unseren Verein beschäftigen werden. Wie kann man Arbeitsqualität steigern? Wie können wir Bedingungen schaffen, die der Erwerbstätigkeit ihre eigentliche Rolle als gesundheitserhaltender Faktor wieder zukommen lässt? Diese Fragen lassen sich nur durch nachhaltige Ansätze lösen, denn Arbeit und die Möglichkeit, etwas zu gestalten und innerhalb der Gesellschaft etwas Sinnvolles zu bewirken, sind wesentliche Voraussetzungen dafür, gesund zu bleiben“, berichtete Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Lalouschek, der als Leiter des Gesundheitszentrums „The Tree“ und des Beratungsinstituts „Medical Coaching“ langjährige Erfahrung in der Betreuung von Burnoutpatienten hat. Und weiter: „Es wäre wünschenswert, dass wir – etwa durch das Anbieten von Standards bei der Definition – einen Beitrag zur Verbesserung der Arbeitsqualität und zur Bekämpfung von Stresserkrankungen leisten können.“

BURNOUT:

EIN STUFENWEISE VORANSCHREITENDER PROZESS

Die frühen Anzeichen eines Burnouts sind keine Ausfallsymptome, sondern Erscheinungen wie erhöhte Aktivität bis hin zur Hyperaktivität, freiwillige unbezahlte Mehrarbeit oder besonders große, übermäßige Identifikation mit der Arbeit. Erst später treten die ersten Negativsymptome wie Schlafstörungen oder eine schwankende Stimmungslage auf. Hohe Arbeitsbelastung allein führt noch nicht zu Burnout. Das Risiko, daran zu erkranken, liegt in einer fatalen Kombination aus schlechter Arbeitsqualität und dem persönlichen Hintergrund der Betroffenen: zumeist Menschen, die bereit sind, mehr zu leisten als andere, und sich sehr stark durch Arbeit definieren. Entscheidend für die richtige Beurteilung dieser Anzeichen durch die Umgebung sei, dass sie als Veränderungen wahrgenommen würden. Essenziell sei es also, Burnout im Frühstadium „aufzufangen“, und zwar mit professioneller, adäquater Hilfe.



Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek (links)
Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Lalouschek (rechts)



„[...] für die Betroffenen bedeutet die Krankheit einen massiven Leidensdruck, [...]“

Musalek

„Arbeit und die Möglichkeit, etwas zu gestalten und innerhalb der Gesellschaft etwas Sinnvolles zu bewirken, sind wesentliche Voraussetzungen dafür, gesund zu bleiben“ Lalouschek



ÜBER „BURN AUT – ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR ARBEITSPROBLEMATIK UND BURNOUT“

Aufgabe und Ziel ist es, sich in Österreich als Kompetenzzentrum für das Thema Burnout zu etablieren und verstärkt die mediale Aufmerksamkeit auf die Bedeutung der Erkrankung und den seriösen Umgang mit ihr zu lenken. Die wesentlichen Aufgaben des Vereins sind:

- Als Kompetenzzentrum zum Thema Arbeitsqualität und Stresserkrankungen sowie
- als Plattform zur Zusammenführung unterschiedlicher Kooperationspartner zum Thema Arbeit und Burnout zu fungieren,
- die Möglichkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit zu etablieren und Stakeholder aus allen involvierten Bereichen zusammenzubringen.

Der Verein ist unter der E-Mail-Adresse office@burnaut.com zu erreichen.

„Allianzen bilden und Kräfte bündeln“

VON MAG. NINA BENNETT, MA

Mag. Renée Gallo-Daniel, neue geschäftsführende Gesellschafterin von PERI Human Relations GmbH, erläutert im Periskop-Interview ihre Ziele in dieser Position. Sie spricht auch darüber, weshalb Sie sich nach den Jahren in der pharmazeutischen Industrie für einen beruflichen Wechsel entschieden hat und welche Rolle sie innerhalb der PERI-Gruppe einnehmen wird. Des Weiteren erörtert Mag. Gallo-Daniel ihr Bestreben, die Position der „Women in Health“ zu stärken, Tendenzen und Entwicklungen im Gesundheitswesen sowie Werte, die ihr wichtig sind.

P: Sie haben seit Kurzem die Position der geschäftsführenden Gesellschafterin der PERI Human Relations GmbH inne. Welche Ziele haben Sie sich gesetzt und welche Projekte möchten Sie in Angriff nehmen?

Gallo-Daniel: Nach mehr als zwanzig Jahren in der pharmazeutischen Industrie möchte ich mich künftig neuen Aufgaben als Geschäftsführerin von PERI Human Relations GmbH widmen. Es ist mir ein Anliegen, die bestehende Philosophie der PERI Human Relations fortzusetzen und als Teil der PERI Group mit meinen Kunden umfassende Lösungen für diverse Fragestellungen im Gesundheitsbereich zu entwickeln. Wichtig ist mir der Fokus auf die Umsetzung von individuellen Gesundheitsprojekten. Die Einbindung der Sichtweisen aller relevanten beteiligten Gruppen ist wichtig, um ein Gesundheitsthema erfolgreich zu positionieren. Hier möchte ich bei Bund, Land, Gemeinden, Kammern, öffentlichen Institutionen wie auch der pharmazeutischen Industrie verstärkt ansetzen. Wesentlich ist mir, Projekte zu betreuen, die in Einklang mit den Erfordernissen unseres Gesundheitssystems stehen. Hier sollen

P: Warum haben Sie sich nach den Jahren Ihrer Tätigkeit in der pharmazeutischen Industrie für einen beruflichen Wechsel entschieden?

Gallo-Daniel: Ich habe den Schritt, die pharmazeutische Industrie zu verlassen, nicht als großen beruflichen Wechsel verstanden. Ich habe mich bei GlaxoSmithKline Pharma mit Gesundheitsthemen beschäftigt und tue dies auch weiterhin. Die Perspektive und die Rolle ist jetzt eine andere – von einem internationalen Konzern in ein Consultingunternehmen mit klarem Fokus auf die Umsetzung von Gesundheitsprojekten. Bei GlaxoSmithKline Pharma war ich seit einigen Jahren für den öffentlichen Impfstoffbereich zuständig, der Produktfokus ist in den Hintergrund gerückt und die Kooperation mit Akteuren des öffentlichen Gesundheitswesens war ein zentrales Thema meiner Arbeit. Es war eine spannende Erfahrung, gemeinsame Projekte zu entwickeln und umzusetzen. Als Generalsekretärin des Österreichischen Verbandes der Impfstoffhersteller (ÖVIH) habe ich verstärkt die Möglichkeit bekommen, mich mit Präventionsthemen zu beschäftigen. Als Geschäftsführerin der PERI Human Relations habe ich nun die einzigartige Chance, die im Laufe der Jahre gesammelten Erfahrungen in der pharmazeutischen Industrie und das erlernte Wissen als Klinische und Gesundheitspsychologin kombiniert einzubringen.

P: Welche Rolle nehmen Sie mit PERI Human Relations innerhalb der PERI Group ein?

vor allem Präventionsthemen – nach dem Motto „Vorbeugen ist besser als Heilen“ – einen Schwerpunkt bilden. Eines meiner Ziele ist es auch, in Zeiten der immer knapper werdenden Budgets die Public-Private-Partnership zu fördern. Es ist wichtig, Allianzen zu bilden und Kräfte zu bündeln. Ein weiterer Fokus liegt auf dem individuellen Schnittstellenmanagement und Health-Coaching. Welche Themen sind gerade bedeutend und was gilt es zu diskutieren? Welche Netzwerke werden benötigt, um dem ausreichend Raum zu geben? Maßgeschneiderte Lösungen für alle am Projekt Beteiligten und Ergebnisse, die die positive Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems ermöglichen, sind erstrebenswert.



„Mein Ziel ... ist es, mich als verstärkende Kraft – auch mit weiblicher Intuition – einzubringen und eine kompetente Partnerin zu sein ...“

Gallo-Daniel: Als Teil der PERI Group erwartet mich ein gut eingespieltes Team an Experten aus verschiedenen Fachbereichen. Die Stärke der PERI Human Relations liegt darin, durch das breite Portfolio individuelle Gesundheitsprojekte zu entwickeln. Durch die starken Vernetzungen im Gesundheitssystem sowie auch zur pharmazeutischen Industrie wird es uns gelingen, einen wesentlichen Beitrag im Gesundheitsbereich zu leisten. Mein Ziel innerhalb der PERI Group ist es, mich als verstärkende Kraft – auch mit weiblicher Intuition – einzubringen und eine kompetente Partnerin zu sein, sowohl intern zu den PERI Partnern als auch extern für Vertreter des Gesundheitswesens.

P: Sie haben angekündigt, den Dialog zwischen Frauen im Gesundheitswesen fördern zu wollen und so die Position der „Women in Health“ zu stärken. Wie möchten Sie das konkret tun?

Gallo-Daniel: Es ist eines meiner Hauptanliegen, den Dialog zwischen Frauen im Gesundheitswesen zu fördern. Frauen waren im Gesundheitswesen immer schon federführend, Gesundheitsentscheidungen zu treffen – für sich selbst, für ihre Männer und die gesamte Familie. Frauen sind im Gesundheitswesen zwar vernetzt, aber sie treten meiner Meinung nach zu wenig in gemeinsamen Projekten auf. Mein Ziel ist es, die Akteurinnen im Gesundheitswesen zusammenzubringen und so die Position der „Woman in Health“ zu stärken.

P: Welche Tendenzen und Entwicklungen sind im Gesundheitswesen festzustellen? Was sind die aktuellen und künftigen größten Herausforderungen und wie muss Ihrer Ansicht nach das Pharmamarketing darauf reagieren?

Gallo-Daniel: Die demografische Entwicklung der österreichischen Bevölkerung verursacht steigende Kosten. Gleichzeitig haben wir Kinder, die sich nicht immer gesund ernähren oder regelmäßig Sport treiben. Es ist mir ein Anliegen, mich für die Förderung von Maßnahmen zur Stärkung der Kinder- und Jugendgesundheit einzusetzen. Die Fitness- und Ernährungsindustrie so-

wie der schulische Bereich sollten stärker in die Entwicklung von Maßnahmen integriert werden. Auch die Zunahme von psychischen Leiden, Stoffwechselkrankheiten und Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellt uns künftig vor eine große Herausforderung. Ein Augenmerk liegt sicher auch bei Public-Private-Partnership. Zudem geht eine Tendenz in Richtung Corporate Social Responsibility. Wir müssen uns heutzutage auf limitierte Budgets einstellen, die die Bildung von Allianzen und eine Bündelung der Kräfte erfordern. Wir haben ein gutes und sicheres Gesundheitssystem, in dem allen Versicherten ein einfacher Zugang zur Gesundheitsversorgung ermöglicht wird. Allerdings fokussieren wir zu sehr auf kurative Medizin anstatt auf Vorsorge.

P: Welche Eigenschaften und Werte sind Ihnen bei Ihrer Arbeit, aber auch abseits davon wichtig?

Gallo-Daniel: Werte, die mir bei meiner Arbeit und im Privatleben wichtig sind, sind Gemeinsamkeit, Partnerschaftlichkeit, Respekt und Ergebnisorientierung. Zielgerichtete Aktivitäten und die Einladung zum Nachdenken und Reflektieren sind für mich von besonderer Bedeutung. Wenn ich von einer Sache überzeugt bin, setze ich mich hundertprozentig dafür ein. Um erfolgreich zu sein benötigt man auch ein hohes Maß an Selbstreflexion und Analysefähigkeit, man muss wissen, wo man gerade steht, welche Schwächen man hat und worin die Erwartungen an die Zukunft liegen. Erfolg bedeutet zudem Offenheit für Neues und ständiges Lernen – auch aus Fehlern.



BioBox: Ihre berufliche Laufbahn begann Mag.^a rer. nat. Renée Gallo-Daniel, die über eine mehr als zwanzigjährige Erfahrung in verschiedenen Bereichen der pharmazeutischen Industrie verfügt, bei GlaxoSmithKline Pharma GmbH (GSK) und deren Vorgängerfirmen. Erfahrungen als Klinische und Gesundheitspsychologin sammelte sie im Donauespital und anschließend in einer dermatologischen Praxis. Schwerpunktmäßig beschäftigte sie sich mit Onkologie und dermatologischen Krankheitsbildern, die häufig psychosomatisch dominiert sind. Ab 2001 widmete sich Mag. Gallo-Daniel dem Impfstoffbereich und fokussierte hier insbesondere auf die Zusammenarbeit mit öffentlichen Stellen und Behörden auf Bundes- und Landesebene. Seit 2011 ist sie Generalsekretärin des Österreichischen Verbandes der Impfstoffhersteller und seit Februar 2012 Geschäftsführerin bei PERI Human Relations GmbH.

„Leserzufriedenheit als Maßstab für Erfolg“

INTERVIEW MIT DR. WOLFGANG EXEL
ALLGEMEINMEDIZINER,
RESSORTLEITER GESUNDHEIT DER „KRONEN ZEITUNG“

VON MAG. NINA BENNETT, MA

GESUND + Familie „Krone Gesund & Familie“, seit vielen Jahren eines der beliebtesten Magazine für Gesundheitsthemen im Land, möchte 2012 mit erweiterten Inhalten und ansprechender Neugestaltung den veränderten Bedürfnissen der „Kronen Zeitung“-Leser Rechnung tragen. Im Periskop-Interview gewährte Dr. Wolfgang Exel, Ressortleiter Gesundheit der „Kronen Zeitung“ und Allgemeinmediziner, Einblicke in seine Arbeit. Er sprach über die Veränderung der Gesundheitsberichterstattung in den letzten Jahren, Trends im Gesundheitswesen und die Notwendigkeit, über die Leserzufriedenheit Bescheid zu wissen, um langfristig erfolgreich zu sein.

P: Die eigene Gesundheit wird immer wichtiger: Noch nie waren die Österreicher so gesundheits- und körperbewusst wie heute. Gleichzeitig gibt es eine „Explosion“ an chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Hypertonie etc. Was kann die Gesundheitsberichterstattung dazu beitragen, diese „Schere“ zu schließen?

Exel: Diesem Gegensatz in der heutigen Zeit – einerseits das verstärkte Gesundheitsbewusstsein und andererseits die Zunahme chronischer Erkrankungen – kann die Gesundheitsberichterstattung am effektivsten durch umfassende Aufklärung begegnen. „Krone Gesund & Familie“ möchte seinen Lesern wertvolle Hilfestellungen bieten. Unser Redaktionsteam arbeitet mit Ärzten, Apothekern, Selbsthilfegruppen, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Pflegern und anderen Gesundheitsberufen zusammen. Dadurch haben wir alle Institutionen an Bord, um Gesundheitsberichterstattung möglichst praxisnah in Form von Information, Aufklärung, Ratschlägen und Tipps an die Zielgruppe weiterzugeben. Selbstverständlich zählen dazu auch neue wissenschaftliche Erkenntnisse, komplexe Studien und medizinisches Fachvokabular. Das alles muss den Lesern in leicht verständlicher Sprache vermittelt werden.

„Krone Gesund & Familie“ möchte seinen Lesern wertvolle Hilfestellungen bieten.“

P: Das Magazin „Krone Gesund & Familie“ – früher „Krone Gesund“ – wurde Ende 2011 einem Relaunch unterzogen. Was war das Ziel dieser Maßnahme?

Exel: Durch die Ankündigung der thematischen und visuellen Erweiterung und Veränderung von „Krone Gesund & Familie“ Ende 2011 wollten wir unsere Leserschaft in erster Linie darüber informieren, dass eine Umstrukturierung stattfinden wird, wir uns anderen Themen annähern werden und auch dafür sorgen wollen, eine noch höhere Leserzufriedenheit zu generieren. Der Relaunch ist aber noch nicht zur Gänze umgesetzt, wir befinden uns derzeit mitten in der Umstrukturierungsphase. Der Beginn hat sich verzögert, weil wir uns zuerst den derzeitigen Interessen, Wünschen und Bedürfnissen unserer Leser annehmen wollten. So haben wir ganz bewusst eine Analyse bei einem Markt- und Meinungsforschungsinstitut in Auftrag gegeben. Auf den Ergebnissen aufbauend, werden wir jene Aspekte verändern, die für unsere Leser besonders wichtig sind. Fest steht allerdings, dass der Schwerpunkt auf sozialer und medizinischer Hilfestellung liegen wird. Des Weiteren möchten wir den Spagat zwischen Jung und Alt schaffen und hier möglichst viele – für diese Gruppierungen interessante – Bereiche abdecken. Das Wissen um die Bedürfnisse und Interessen unserer Leser ist uns ein großes Anliegen. Aus diesem Grund hatten wir schon vor einigen Jahren eine ähnliche Umfrage veranlasst, obwohl wir uns ganz sicher waren, die Hauptanliegen unserer Leser ohnehin bereits zu kennen. Unser Tipp war damals das Thema „Schmerz und die Behandlung von Schmerzen“. Aber wir hatten uns geirrt. Überlegener Spitzenreiter bei den Lesern waren Herz-Kreislauf-Erkrankungen, hier bestand der größte Informationsbedarf. Wir erkundigten uns beim betreffenden Forschungsinstitut nach möglichen Gründen dafür. Die Angst vor der Lebensbedrohung durch einen Herzinfarkt oder Hirnschlag schien viel größer zu sein als die vor Schmerzen. Aufgrund dieser Erfahrung und der wertvollen Rückmeldungen legen wir nun sehr viel Wert auf Umfrageergebnisse.



„Das Wissen um die Bedürfnisse und Interessen unserer Leser ist uns ein großes Anliegen.“

P: Gibt es Themen, die Sie besonders interessieren? Wo liegen Ihre persönlichen Schwerpunkte?

Exel: Meine persönlichen Vorlieben liegen bei allen medizinischen Themen – durch meinen allgemeinmedizinischen Hintergrund. Meine Lieblingsthemen sind Sport und Sportmedizin.

P: Seit über zwanzig Jahren bietet „Krone Gesund & Familie“ seinen Lesern praktische Tipps und Ratschläge in allen Gesundheitsfragen: Medizin, Wellness, Sport und Ernährung. Wie sehen Sie die Veränderung der Gesundheitsberichterstattung der letzten Jahre? Was sind die Trends und Tendenzen im Gesundheitswesen?

Exel: Ein fortwährender Trend ist beispielsweise die Sexualität. Auch manche Krankheiten entwickeln sich zum „Dauerbrenner“: Diabetes, Rheuma, psychische Erkrankungen. Über diese berichten wir in der „Krone Gesund & Familie“ regelmäßig, da ständig Neuerkrankungen in diesen Indikationen zu verzeichnen sind und Informationen darüber allen Patienten zugänglich gemacht werden sollen. Die Wiederholung von Themen begünstigt die längerfristige Erinnerung der Leser an wichtige Tipps und Informationen. Zudem ist es essenziell, dass wir uns an die modernen Kommunikationsmittel anpassen. Heute sind die Leser viel informierter als früher. Viele holen sich ihre Informationen über das Fernsehen und das Internet.

Da die medizinischen Grundlagen unserer Leserschaft weitgehend bekannt sind, können wir mehr Wissen voraussetzen und stärker ins Detail gehen. Auch die Kompatibilität unserer Webangebote mit Smartphones oder iPads muss gegeben sein, um jüngere Zielgruppen zu erreichen. Aber auch die ältere Zielgruppe ist nicht zu unterschätzen, denn viele Personen über siebenzig buchen ihre Urlaube oder Gesundheitsangebote bereits über das Internet. So müssen wir auch die Senioren, die mit modernen Kommunikationsmitteln und neuen Technologien umgehen, hier „abholen“ können. Eine weitere Tendenz ist die häufige Verbreitung von Falschinformationen über das Internet. Oft werden wir von unseren Lesern dann um eine Zweitmeinung gebeten. Problematisch erscheint es mir, dass im Internet nicht differenziert wird. Wenn man im Netz eine medizinische Frage stellt, bekommt man vielleicht eine richtige Antwort, dennoch fehlt der Bezug zum individuellen Zustand oder der persönlichen Vorgeschichte des Fragestellers. So ist die Antwort für die betreffende Person häufig ungültig, denn Diagnosen, die den Patienten ganzheitlich betrachten, kann nur der behandelnde Mediziner stellen. Demnach sehe ich

das Internet eher als gutes Medium zur Vorinformation. Auch auf „Krone Gesund & Familie“ kommen immer wieder medizinische Anfragen zu. Wir stellen hier natürlich keine Diagnose, sondern weisen auf Möglichkeiten hin und geben dem Leser die Richtung vor, in welche er sich weiter beraten lassen sollte.

„Problematisch erscheint es mir, dass im Internet nicht differenziert wird. [...] Demnach sehe ich das Internet eher als gutes Medium zur Vorinformation.“

P: Gibt es Projekte, die Sie in nächster Zeit in Angriff nehmen möchten?

Exel: Im Bereich der Familie wollen wir uns vermehrt allein-stehenden Müttern widmen. Im Vorjahr gab es eine Untersuchung, wonach über vierzig Prozent der alleinstehenden Mütter an der Armutsgrenze oder darunter leben. Daher möchten wir in diesem Bereich verstärkt informieren und Hilfestellungen anbieten.

P: Was bedeutet für Sie Erfolg? Und was ist Ihr Erfolgsrezept?

Exel: Als Journalist ist mein Erfolgsrezept, eine für meine Leser verständliche Sprache zu finden – also schwierige medizinische Materie so auszudrücken, dass sie jeder versteht. Ich sehe es als Notwendigkeit an, auf die Wünsche und Bedürfnisse meiner Leser einzugehen, um langfristig erfolgreich zu sein. Mein Erfolg beruht zudem darauf, mir die richtigen Partner auszusuchen. Ich arbeite mit kompetenten Leuten zusammen. Außerdem habe ich gelernt, Niederlagen einzustecken und auch diesen etwas Positives abzugewinnen.

BioBox:

Dr. Wolfgang Exel, Ressortleiter Gesundheit der „Kronen Zeitung“ und Allgemeinmediziner, begann seine Karriere 1969 als Sportreporter, wechselte dann in den Wirtschafts- und später in den Lokaljournalismus. Vierzehn Jahre lang war er für den Lokalteil der „Kronen Zeitung“ tätig, 1978 begann er an der Universität Wien Medizin zu studieren. Seit 1984 ist Exel in der „Kronen Zeitung“ für die Sparten Medizin und Gesundheit zuständig. Seit 1989 ist er Leiter des Gesundheitsmagazins der „Kronen Zeitung“. Der Autor zahlreicher Bücher praktiziert seit 1987 als Allgemeinmediziner mit dem Schwerpunkt Vorsorgeuntersuchungen.



„Kommunikation durch Leadership, Integrität, Flexibilität und Effizienz“

VON MAG. NINA BENNETT, MA

Bayer agiert weltweit in den Kernbereichen Gesundheit, Ernährung und hochwertige Materialien. Helene Einramhof-Florian spricht im Periskop-Interview über ihre Aufgaben als Leiterin der Unternehmenskommunikation bei Bayer Austria und erläutert die Herausforderungen interner und externer Kommunikation sowie die Besonderheiten der österreichischen Gesundheitsmedienlandschaft. Außerdem legt sie dar, warum Krisensituationen eine Bereicherung darstellen können.

P: Wie ist die Kommunikationsabteilung bei Bayer strukturiert?

Einramhof-Florian: Die Kommunikationsabteilung bei Bayer Austria besteht aus drei Personen. Mit den KollegInnen aus den Zentralen in Leverkusen, Berlin, Basel und Monheim besteht eine enge Zusammenarbeit. Gerade für die externe Kommunikation und ganz besonders im Krisenfall ist das ein wichtiges Thema.

P: Wie sieht Ihr Aufgabenbereich aus und wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen?

Einramhof-Florian: Bayer ist ein weltweit agierendes Unternehmen mit Kernkompetenzen in den Gebieten Gesundheit, Ernährung und hochwertige Materialien. Wir betreuen in Österreich alle drei Teilkonzerne. Zu unterscheiden ist zwischen der internen und externen Kommunikation. Insbesondere bei der internen Kommunikation arbeiten wir sehr eng mit der Geschäftsführung und dem HR-Manager sowie mit der Abteilung Health Policy and Public Affairs zusammen – etwa wenn es darum geht, Veranstaltungen wie „Gesundheit im Dialog“ in Kooperation mit der Industriellenvereinigung auszurichten. Die externe Kommunikation gliedert sich bei uns in Krisenkommunikation, Public Relations, Medienbeobachtung und -analyse sowie das Gebiet Corporate Social Responsibility. Meine Aufgaben sind dabei die Mitarbeiterführung, die Koordination und Unterstützung von geplanten Projekten, die strategische Koordination der Kommunikation der eingangs erwähnten drei Gebiete sowie die operative Unterstützung einiger Geschäftseinheiten.

P: Worauf kommt es bei einer guten Kommunikation – sowohl intern als auch extern – an? Worin bestehen die größten Herausforderungen?

Einramhof-Florian: Sowohl in der internen als auch in der externen Kommunikation ist es wichtig, ein gutes Businessverständnis zu haben und unternehmerisches Denken mitzubringen. Aber auch die Bayer-Werte „LIFE“ – L für Leadership, I für Integrität, F für Flexibilität und E für Effizienz –, die für unser Unternehmen stehen, sind in beruflicher wie persönlicher Hinsicht von Bedeutung. Eine Maß-

nahme für die interne Kommunikation ist die Nutzung des Intranets innerhalb des Unternehmens. Zudem werden wir intern zukünftig einen regelmäßigen elektronischen Newsletter oder eine Mitarbeiterzeitung integrieren. Bei guter und effizienter externer Kommunikation zählen Verlässlichkeit, Professionalität, Glaubwürdigkeit und Schnelligkeit, um Nachhaltigkeit für die Medien zu schaffen und für JournalistInnen ein kompetenter, reliabler Ansprechpartner zu sein. Transparenz ist für mich unabdingbar und schafft Vertrauen – gegenüber den MitarbeiterInnen, den Führungskräften und den JournalistInnen.



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

Einramhof-Florian: Selbstverständlich sind in der Gesundheitsmedienlandschaft in Österreich in den letzten Jahren Veränderungen zu erkennen. Ich persönlich erlebe ein immer größer werdendes Interesse der ÖsterreicherInnen am Gesundheitsmarkt zu verschiedenen Themen, etwa zu den Krankenkassen, der individuellen Gesundheitsförderung, der Prävention etc. Von großer Bedeutung für jedes einzelne Pharmaunternehmen in Österreich ist mit Sicherheit die Zusammenarbeit mit den diversen Pharma-Interessenvertretungen. So werden Impulse für Qualität und Versorgungssicherheit des Gesundheitswesens geschaffen. Heute funktioniert eine gute Zusammenarbeit mit den Medien vor allem durch Schnelligkeit in der Berichterstattung, gute Erreichbarkeit und Flexibilität. Natürlich gilt es dabei stets abzuwägen, ob eine proaktive oder reaktive Form der Kommunikation verfolgt werden soll.

P: Die Pharmabranche steht trotz intensiver Bemühungen immer wieder im Kreuzfeuer der Medienkritik. Wie ist dem mit Kommunikation entgegenzuwirken?

Einramhof-Florian: Ich vermute, dass in der Vergangenheit von vielen Branchen nicht transparent genug kommuniziert wurde und Medien diese Vorgehensweise zum Anlass für Kritik nehmen. Gerade weil diese Branche immer wieder ins Kreuzfeuer der Medienkritik gerät, hat die Verbreitung transparenter, aktueller und glaubwürdiger Information vonseiten der Pharmabranche absoluten Vorrang. Allerdings wird nicht nur die Pharmabranche angegriffen und diskutiert. Die Kritik betrifft jede Branche, ob nun Bauunternehmen, das Bankwesen oder andere. In jeder Sparte tun sich Herausforderungen und schwierige Themen auf, die guter Kommunikation bedürfen. Wir bei Bayer arbeiten nachhaltig und stellen uns unserer Verantwortung als sozial und ethisch handelndes Unternehmen. Unsere Bayer-Werte sind dabei unsere Richtschnur. „Science for a better life“ – so lautet unser Versprechen an die Gesellschaft.

P: Social Media werden immer mehr zum Thema. Wie können Social Media in der Konzernkommunikation genützt werden? Und inwiefern ist das für Bayer interessant?

Einramhof-Florian: Social Media sind natürlich ein Thema für Bayer. Unsere Social-Media-Präsenz umfasst Facebook, Twitter, Flickr und dergleichen. So wurde zum Beispiel vor einiger Zeit die Karriereseite von Bayer auf Facebook von Karrierereise.de zu den fünf besten Karriereseiten gekürt. Social Media bergen aber nicht

nur Vorteile, sie benötigen immens viele Kapazitäten. Bei falscher Anwendung von Social Media kann aus dem erhofften Erfolg sehr schnell ein Misserfolg werden.

P: Wie steht Bayer zum Thema Corporate Social Responsibility (CSR) und welche Aktivitäten gibt es hier vonseiten des Unternehmens?

Einramhof-Florian: Für Bayer ist das Thema Corporate Social Responsibility sehr wichtig. Momentan existieren rund 300 Projekte mit Schwerpunkten in den Bereichen Bildung und Wissenschaft, Umweltschutz, soziale Grundbedürfnisse sowie Sport und Kultur. In Österreich unterstützen wir seit fünf Jahren das Europa-Haus des Kindes, eine sozialpädagogische Einrichtung für Kinder aus schwierigen Familienverhältnissen. Zudem sind wir Mitglied des Vereins respACT. Darüber hinaus fördert Bayer Austria durch einen gestifteten Preis naturwissenschaftliche Arbeiten von DiplomantInnen und DissertantInnen im Rahmen des ALSA und INITS Awards.

P: Können Sie beschreiben, wie Krisen im Unternehmen kommunikativ bewältigt werden?

Einramhof-Florian: Am wichtigsten ist die optimale Vorbereitung auf Krisensituationen. Zu einer guten Krisenkommunikation gehört professionelles Medientraining sowie die Pflege guter Journalistenkontakte. Neben der Schaffung, Erhaltung und Weiterentwicklung eines Vertrauensverhältnisses ist auch die Übermittlung aktueller Informationen an MedienvertreterInnen und die ständige Erreichbarkeit für Rückfragen essenziell. Zeitgleich ist auch die umfassende Information der MitarbeiterInnen überaus wichtig, damit sie von Krisen nicht aus der Zeitung erfahren müssen. Die Bewältigung einer Krise halte ich trotz ihrer Schwierigkeiten für eine spannende und herausfordernde Zeit und für eine Bereicherung der eigenen Erfahrungen.



„Wir bei Bayer arbeiten nachhaltig und stellen uns unserer Verantwortung als sozial und ethisch handelndes Unternehmen.“

BioBox: Helene Einramhof-Florian verbrachte ihre Kindheit und Jugend in Spittal an der Drau und absolvierte dort die Handelsakademie. Bevor Wien zu ihrem Lebensmittelpunkt wurde, legte sie für einige Semester einen „Zwischenstopp“ in Salzburg ein, um dort Publizistik und Politikwissenschaften zu studieren. Nach dreijähriger Berufserfahrung im Marketing eines bekannten Lebensmittelkonzerns wechselte sie zu einem Monatsmagazin und begann 1997 in der Kommunikationsabteilung von Bayer, die sie damals in Zusammenarbeit mit Kollegen auf- und ausbaute. Dort bewältigte sie im Team sämtliche Fusionen. Seit Oktober 2010 leitet Helene Einramhof-Florian die Abteilung.

Sucht als chronische Erkrankung

Rückblick des interdisziplinären Symposiums zur Suchterkrankung

VON MAG. NINA BENNETT, MA

Wie bei einem interdisziplinären Symposium zur Suchterkrankung Mitte Februar in Grundlsee festgehalten wurde, leiden in der EU 38,2 Prozent der Bevölkerung an einer psychischen Störung. Das sind insgesamt 164,8 Millionen Betroffene. Am häufigsten sind Angststörungen, Schlaflosigkeit, Depression und Suchterkrankungen. In Österreich sind etwa 15 Prozent der Bevölkerung von Alkohol, knapp ein Prozent von Opiaten und zirka zwei Prozent von Kokain abhängig. Sieben von zehn Jugendlichen haben Konsumerfahrungen mit Cannabis und zirka ein Prozent ist von Spielsucht betroffen. Beim Symposium bemängelten die Experten das Fehlen epidemiologischer wissenschaftlicher Untersuchungen zu Suchterkrankungen. Außerdem wurde die Behandlung der betroffenen Patienten aus medizinischer, psychologischer und rechtlicher Sicht diskutiert.

„Interdisziplinäres Symposium zur Suchterkrankung: medizinische, psychologische, psychosoziale und juristische Aspekte“ – unter diesem Motto trafen in der Suchttherapie tätige Experten aus ganz Österreich am 17. und 18. Februar dieses Jahres in Grundlsee, Steiermark, zusammen. Eine breite Auswahl an Themen stand bei dieser Konferenz auf der Tagesordnung – von psychiatrischen und somatischen Begleiterkrankungen der Suchtkranken und deren Therapie über strafrechtliche Aspekte und Risiken für Ärzte, die opioidabhängige Patienten betreuen, bis hin zu den Aufgaben der klinischen Psychologie und Sozialarbeit in der Suchtdiagnostik und -therapie.

Im Rahmen des Symposiums fand auch eine Podiumsdiskussion zum Thema „Sucht als chronische Erkrankung – Akzeptanz, Herausforderungen und aktuelle Entwicklungen im Bereich der Opioiderhaltungstherapie“ statt. Dabei sprachen sich die Diskutanten gegen eine Ausgrenzung von Menschen mit Suchtverhalten und für eine Entstigmatisierung von Suchtkranken aus. Am Podium diskutierten Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer, Leiterin der Drogenambulanz, Suchtforschung und -therapie der Medizinischen Universität Wien, Univ.-Prof. Dr. Anton Luger, Leiter der Klinischen Abteilung für Endokrinologie & Stoffwechsel der Universitätsklinik für Innere Medizin III an der Medizinischen Universität Wien, Mag. Ulla Konrad, Präsidentin des Berufsverbands österreichischer PsychologInnen und Univ.-Prof. Dr. Alois Birklbauer, Leiter der Abteilung für Praxis der Strafrechtswissenschaften und Medizinstrafrecht an der Johannes-Kepler-Universität Linz.

Teilnehmer der Podiumsdiskussion:

UNIV.-PROF. DR. ALOIS BIRKLBAUER
Leiter der Abteilung für Praxis der Strafrechtswissenschaften und Medizinstrafrecht an der Johannes-Kepler-Universität Linz

UNIV.-PROF. DR. GABRIELE FISCHER
Leiterin der Drogenambulanz, Suchtforschung und -therapie der Medizinischen Universität Wien

MAG. ULLA KONRAD
Präsidentin des Berufsverbands österreichischer PsychologInnen

UNIV.-PROF. DR. ANTON LUGER
Leiter der Klinischen Abteilung für Endokrinologie & Stoffwechsel der Universitätsklinik für Innere Medizin III an der Medizinischen Universität Wien



Univ.-Prof. Dr. Alois Birklbauer



Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer



Mag. Ulla Konrad



Univ.-Prof. Dr. Anton Luger

Entstigmatisierung und Verhaltensänderung bei Sucht

Univ.-Prof. Dr. Fischer stellte die Problematik der Suchterkrankung dar: „Sucht ist eine schwerwiegende psychiatrische Erkrankung, der Zugang zur Behandlung in Österreich ist sicher zu verbessern. Diese Krankheit muss optimal behandelt werden – wie andere auch. Suchterkrankungen sind weder ein Zeichen von Schwäche noch ein Charakterfehler, daher sind Vorurteile gegen Suchtkranke völlig unangebracht“, betonte Univ.-Prof. Dr. Fischer eingangs. Gerade Eltern betroffener Jugendlicher seien zusätzlich zur Suchterkrankung ihres Kindes von Schamgefühlen und Schuldzuweisungen betroffen. Neben der Behandlung mit Medikamenten sei eine Verhaltensmodifikation der Patienten notwendig. Dazu brauche es das Angebot entsprechender Schulungen. „Suchtbehandlungen sollten in das Gesundheitssystem integriert werden, um neben einem verbesserten Zugang eine Entstigmatisierung zu erreichen. Die Zahl der Opioidabhängigen, die sich in Österreich in einer ärztlich kontrollierten Opioiderhaltungstherapie befinden, ist in den letzten zehn Jahren deutlich gestiegen – von etwa 4.500 auf rund 13.500. Etwa dreißig Prozent der opioidabhängigen Personen unterziehen sich einer Erhaltungstherapie. Trotzdem haben wir noch Nachholbedarf bei der Anzahl behandelter Patienten – unser Ziel ist es, möglichst viele Opioidabhängige zu erreichen“, betonte Univ.-Prof. Dr. Fischer.

Univ.-Prof. Dr. Luger erklärte, dass zwar insbesondere Typ-2-Diabetikern nicht immer ausreichend Verständnis entgegengebracht würde und diese durch ihr häufig bestehendes Übergewicht von der Gesellschaft marginalisiert würden, trotzdem hätten sie einen wesentlich leichteren Stand als Menschen mit anderen Suchterkrankungen – auch was den Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten betreffe. Und das obwohl bei Typ-2-Diabetikern meist auch eine Art Sucht, die Ess-Sucht, die viele Parallelen zu anderen Suchterkrankungen aufweise, die Basis für die Manifestation der Erkrankung darstelle. Univ.-Prof. Dr. Luger zeigte die Diabetestherapie als Beispiel für Verhaltensmodifikationen auf: „Neben Medikamenten wird in der Behandlung von Diabetes auf Verhaltensänderungen gesetzt, da dadurch die Häufigkeit von Spätfolgen wie Erblindung, Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenversagen und Amputationen gesenkt werden kann.“

Abwertung psychischer Erkrankungen in der Öffentlichkeit

Mag. Ulla Konrad erläuterte, dass gerade Psychologen wesentlich zu einer Verbesserung der Situation von Suchtkranken beitragen können: „Im Suchtbereich hat unsere Berufsgruppe zwei sehr wichtige Aufgabengebiete: Zum Einen die klinisch-psychologische Diagnostik, um auch psychische Begleiterkrankungen feststellen zu können. Der zweite Teil ist die klinisch-psychologische Behandlung mit gezielten Methoden. Hier haben wir derzeit eine Lücke in der Versorgung im niedergelassenen Bereich. Zudem besteht hinsichtlich der Entstigmatisierung und Gleichstellung der psychischen Leiden wie Suchterkrankungen mit den somatischen Krankheiten noch ein sehr großer Nachholbedarf. Gerade die Abwertung psychischer Erkrankungen bekommen wir bei der breiten Öffentlichkeit schwer aus den Köpfen“, stellte Mag. Konrad fest.

Besitz von Suchtgift, nicht der Konsum strafbar

Aus juristischer Sicht erklärte Univ.-Prof. Dr. Alois Birklbauer die Rolle des Strafrechts, das lediglich zum Schutz von Werten eingesetzt werden dürfe, die der Staat mit anderen Maßnahmen nicht

schützen könne. Das Strafrecht dürfe in einer demokratischen Gesellschaft immer nur das letzte Mittel sein. „Im Suchtmittelstrafrecht ist der zu schützende Wert die Gesundheit der Menschen. In diesem Bereich macht die Gesellschaft eine grundsätzliche Ausnahme vom sonst geltenden Autonomieprinzip. So darf sich etwa jeder noch so unvernünftig ernähren – er darf zum Typ-2-Diabetiker werden –, ohne dafür bestraft zu werden. Bei Suchtmitteln ist das allerdings anders. Obwohl der Konsum von Suchtgiften in Österreich nicht strafbar ist, wird letztlich über die Strafbarkeit des Besitzes

von Suchtgiften indirekt eine Kriminalisierung des Konsums und damit der eigenen Gesundheitsgefährdung erreicht. Dies ist ein gespaltenen Umgang mit dem Thema. Die Gefährdung anderer Menschen durch ein Drängen in die Abhängigkeit sollte zwar strafbar sein, nicht aber das Risikoverhalten, das ein Mensch seiner eigenen Gesundheit gegenüber an den Tag legt“, so Univ.-Prof. Dr. Birklbauer abschließend.

Die Vorträge des Symposiums sind online www.sucht-news.at abrufbar.



„Forschungszusammenarbeit als Schlüssel zur Lösung weltweiter Gesundheitsprobleme“

VON MAG. NINA BENNETT, MA

Die rasche Verfügbarkeit von innovativen Medikamenten am österreichischen Markt ist eines der Hauptanliegen von Merck Sharp & Dohme (MSD). Im Periskop-Interview erläutert Mag. Sigrid Haslinger ihren Tätigkeitsbereich als Director Market Access & Commercial Operations bei MSD, die zukünftigen therapeutischen Schwerpunkte des Unternehmens und die Stellung von Market Access in österreichischen Pharmaunternehmen. Zudem spricht sie über das Image der Pharmaindustrie in Österreich, die Verantwortung von Pharmaunternehmen im Hinblick auf die Förderung der Gesundheitskompetenz sowie über konkrete Maßnahmen, die MSD in diesem Bereich setzt.

P: Wie definieren Sie Ihre Rolle als Director Market Access & Commercial Operations bei MSD? Wie können wir uns Ihren Tätigkeitsbereich vorstellen?

Haslinger: Meine Tätigkeitsbereiche als Director Market Access & Commercial Operations bei MSD umfassen in erster Linie Pricing und Reimbursement. Diesbezüglich führe ich auch Verhandlungen mit dem Hauptverband. Für uns bei MSD bedeutet Market Access mehr als nur die Sicherstellung des Marktzugangs. In meiner Abteilung beschäftigen wir uns auch mit der gesundheitspolitischen Landschaft und nehmen jede Gelegenheit wahr, MSD als verlässlichen Partner zu positionieren. Darüber hinaus bin ich für den Bereich Business Development und unsere Diversified Brands verantwortlich.

P: Welche Ziele haben Sie sich in Ihrer Funktion gesetzt?

Haslinger: Grundsätzlich geht es mir um die rasche Verfügbarkeit von innovativen Medikamenten am österreichischen Markt. Dazu bedarf es einer guten Partnerschaft mit relevanten Entscheidungsträgern aus dem Gesundheitswesen. Durch gemeinsame Ziele und Projekte mit den Stakeholdern möchten wir an der Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems mitwirken und unsere Position konstant verbessern.

P: Welche therapeutischen Schwerpunkte setzt MSD für die Zukunft?

Haslinger: Um innovative Arzneimittelforschung zu generieren, gehört das verantwortungsbewusste Handeln gegenüber Patienten und Ärzten zu unseren Leitlinien. Das begründet auch den Erfolg unseres Unternehmens. Wir arbeiten fortwährend daran, neue Arzneimittel zu entwickeln und die Verträglichkeit und Sicherheit bereits bestehender Therapien zum Wohle der Menschen zu verbessern. Dieser Ansatz ist nur mithilfe der klinischen Forschung möglich. Unsere therapeutischen Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Onkologie, der Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie bei Diabetes und Stoffwechselerkrankungen, Ophthalmologie, Immunologie, Impfstoffen und „women's health“. MSD forscht sowohl im Impfstoffsektor als auch im Bereich der Biologika

und der so genannten kleinen Moleküle. Unsere Pipeline ist sehr breit gefächert und vielversprechend.

P: MSD arbeitet mit zahlreichen Gesundheitsbehörden und Institutionen zusammen, um die allgemeine gesundheitsbezogene Infrastruktur in Entwicklungsländern zu verbessern und den Zugang zu Bildung, Prävention, Betreuung und Behandlung zu erleichtern. Um welche Projekte handelt es sich hier konkret?

Haslinger: In den letzten Jahrzehnten hat die Gesundheitsversorgung durch Medizin und Therapie enorme Fortschritte gemacht. Dazu haben auch zahlreiche Medikamente und Impfstoffe von MSD beigetragen. Doch immer noch fehlen zu vielen Menschen in Entwicklungs- und Schwellenländern passende Gesundheitslösungen zur Prävention und Therapie von Erkrankungen. Forschungszusammenarbeit gilt heute als ein Schlüssel zur Lösung der weltweiten Gesundheitsprobleme. Es birgt Vorteile für alle, das Wissen innerhalb der Forschungsgemeinschaft zu teilen, denn je schneller Erkenntnisse über Krankheiten und ihren Verlauf erzielt werden, desto eher können auch entsprechende Therapien entwickelt werden. MSD hat sich den UN-Millenniumszielen verschrieben, bis 2015 die Lebenssituation dieser Menschen zu verbessern, und initiiert eine Vielzahl von Projekten in der Forschung und Entwicklung – auch ohne monetäre Gewinne. Unser Unternehmen beteiligt sich zum Beispiel an der Erforschung von Krankheiten wie Malaria, die laut der WHO zu den global am dringendsten zu



bekämpfenden Erkrankungen gehört. Die Forschung orientiert sich am besonderen Bedarf der Länder, in denen Malaria epidemisch auftritt. Unabhängig von den eigenen Forschungsschwerpunkten geht MSD Kooperationen ein und macht seine Ergebnisse zugänglich bzw. überlässt anderen Partnern kostenfrei Lizenzen zur Weiterentwicklung. Um ein Beispiel zu nennen: In den Hilleman Laboratories in Indien erforschen ambitionierte Wissenschaftler auf gemeinnütziger Basis Impfstoffe für Entwicklungsländer. Mit zwei anderen führenden Pharmaunternehmen entwickelt MSD eine Krebsdatenbank – ein Novum in der Branche. So dient das Wissen allen, die Lösungen für die Behandlung von Patienten in Entwicklungsländern beschleunigen wollen. MSD ist bestrebt, durch den aktiven Austausch mit anderen Unternehmen die eigenen Stärken mit jenen der anderen zu bündeln, etwa von Universitäten, Akademien und Forschungsinstituten, gemeinnützigen Forschungsorganisationen oder sonstigen Initiativen. Vor allem Kooperationen prägen die Forschungspraxis bei MSD. Beispiele für Kooperationsprojekte im Bereich der Forschung und Entwicklung sind: MSD Welcome Trust Hilleman Laboratories, eine Partnerschaft mit Medicines for Malaria Venture (MMV), mit der Asian Cancer Research Group (ACRG) sowie mit dem Merck Vaccine Network – Africa (MVN-A).

P: Welche Stellung nimmt Market Access Ihrer Ansicht nach heute in den österreichischen Pharmaunternehmen ein? Hat sie sich in den letzten Jahren verändert?

Haslinger: Für mich als Director Market Access & Commercial Operations ist die Politik ein wichtiger Markt. Heute wird nahezu jeder Unternehmensbereich von der Politik beeinflusst. Daher rechne ich mit einer Aufwertung der Bereiche Market Access und Commercial Affairs. Die Pharmaindustrie war in der Vergangenheit stark auf die klassischen Marketing- und Sales-Strukturen fokussiert. Hier zeichnet sich aus meiner Sicht ein Paradigmenwechsel ab, da die Rahmenbedingungen zunehmend komplexer werden. Ich sehe unsere Abteilung als eine Drehscheibe, in der wir horizontal und vertikal über sämtliche Hierarchie- und Funktionsebenen agieren können und müssen.

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

Haslinger: Der österreichische Markt ist durch eine starke Reglementierung gekennzeichnet, dennoch ist sicheres Handeln in vielen Bereichen möglich. Der Pharma-Rahmenvertrag garantiert Planbarkeit, darüber bin ich sehr froh. Dies existiert in Verbindung mit der Wirtschafts- und Finanzkrise in vielen anderen europäischen Ländern nicht mehr – speziell in Spanien und Griechenland.

P: Warum sehen Sie es auch in der Verantwortung von Pharmaunternehmen, die Gesundheitskompetenz zu fördern?

Haslinger: Als Unternehmen im Gesundheitsbereich hat MSD einen ganzheitlichen Zugang zur Gesundheit. Zusätzlich zu unseren Medikamenten unterstützen wir Services und Programme, die möglichst viele relevante Einrichtungen und Personen vereinen, um die Gesundheit gemeinsam zu verbessern. MSD unterstützt eine Politik, die die Interessen von Patienten vorantreibt, Public-Health-Themen fördert und nicht zuletzt auch den Zugang zu innovativen Arzneimitteln erleichtert. Ein Weg, Bürger zu bestärken und eine aktivere Rolle hinsichtlich ihrer eigenen gesunden Lebensweise einzunehmen, ist Health-Literacy. In einem Gesundheitssystem, das immer umfangreicher, dynamischer und komplexer wird, sind viele Menschen überfordert und generieren dadurch unnötige finanzielle und intangible Kosten. Das wird in Österreich zusätzlich durch die Trennung von intra- und extramuralem Bereich verschärft. Doppeluntersuchungen und Polypharmazie stehen an der Tagesordnung. In unserem eigenen Interesse sollten alle Einrichtungen – Politik, Sozialversicherung und auch die pharmazeutische Industrie – einen Beitrag zur Verbesserung der Systemorientierung der Versicherten leisten. Dies bedeutet ein Fördern von und Partizipieren an kooperationsbasierten Dienstleistungsangeboten zur Informationsvermittlung im Versorgungssystem.

P: Welche konkreten Maßnahmen kann ein Industrieunternehmen setzen, um zur Steigerung der Gesundheitskompetenz beizutragen?

Haslinger: MSD engagiert sich auf vielen Ebenen, um die Gesundheitskompetenz zu fördern. In der Politik thematisiert MSD Health-Literacy seit vielen Jahren auf europäischer Ebene, beispielsweise durch die Abbildung der Health-Literacy-Strategie im „White Paper“ der DG SANCO seit 2008. Zudem haben wir 2010 eine Lunch-Debate zu Health-Literacy im Europäischen Parlament durchgeführt, im selben Jahr fanden im Rahmen des European-

Health-Forums Gastein Vorträge und Diskussionen über Health-Literacy statt. 2011 unterstützte MSD die Health-Literacy-Konferenz in Brüssel anlässlich der EU-Survey-Datenpräsentation. Auch im privaten Bereich bieten wir Services an, um Compliance und Health-Outcome zu verbessern. Am Arbeitsplatz MSD fördern wir die Gesundheitskompetenz unserer eigenen Mitarbeiter, so etwa im Rahmen des MSD-Cycle-Meetings im Jänner 2012. Schwerpunkte waren hier Bewegung, die gesunde Kaffeepause und Ähnliches. Weiters organisierten wir für unser Team im Rahmen des Welt-Diabetes-Tages Vorträge zu Ernährung und Bewegung. Im Gesundheitswesen selbst unterstützen wir DMP-Programme und auf europäischer Ebene kooperieren wir mit Unternehmen aus anderen Bereichen wie E-Health. Schließlich unterstützt MSD Projekte in Forschung und Wissenschaft wie z. B. die Health-Literacy-Survey in Österreich.



P: Inwiefern profitiert die Pharmaindustrie von einer gesteigerten Gesundheitskompetenz?

Haslinger: Der Bürger hat einen dreifachen Benefit: bessere Gesundheit und Chancengleichheit auf gesellschaftlicher und individueller Ebene, gestärktes Vertrauen in die gesamte Gesundheitsbranche sowie kostendämpfende ökonomische Auswirkungen auf betriebs- und volkswirtschaftlicher Ebene. Partnerschaftliches Handeln ist bei immer knapper werdenden finanziellen Ressourcen und zunehmenden Reglementierungen im Gesundheitsbereich unumgänglich. Durch verbesserte Gesundheitskompetenz kann in bestimmten Bereichen Geld eingespart und somit an anderer Stelle sinnvoll eingesetzt werden. Wir stellen Patienten moderne Medikamente auf dem neuesten Wissensstand zur Verfügung. Unsere Produkte sollen dort zum Einsatz kommen, wo sie benötigt werden.

Ein grundsätzliches Verständnis für eine Erkrankung ist – wie wir aus vielen Untersuchungen wissen – unumgänglich für die richtige und, wenn nötig, kontinuierliche Einnahme von Medikamenten. Dies betrifft vor allem die chronischen Krankheitsbilder wie Diabetes, Asthma und kardiovaskuläre Erkrankungen. Die Förderung der Gesundheitskompetenz ist aus unserer Sicht ein wichtiger und richtiger Weg, dieses Krankheitsverständnis und damit auch die Compliance zu verbessern. Denn Medikamente wirken nur, wenn sie auch richtig eingenommen werden. Die teuersten Präparate sind bekanntlich jene, die nie eingenommen werden. Eine Untersuchung der Boston Consulting Group (BCG) bei 13.000 Patienten über einen Zeitraum von 18 Jahren hat erhoben, dass jeder dritte Patient seine Medikamente nicht richtig einnimmt, jeder vierte sein Rezept nicht einlöst und jeder fünfte die Medikamenteneinnahme vor der vom Arzt bestimmten Zeit beendet.

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

Haslinger: Das österreichische Gesundheitswesen steht sicherlich vor den bedeutendsten Reformen der zweiten Republik. Die Wirtschafts- und Finanzkrise zwingt auch Österreich, seine Budgetmittel ganz gezielt einzusetzen. In den vergangenen Tagen wurden Pakete beschlossen, Abkommen getroffen, die ihre Auswirkungen auch im Gesundheitswesen zeigen werden. Die so oft zitierte Gesundheitsreform wird nun vielleicht doch konkrete Ge-

stalt annehmen. Wie genau sich das auswirken wird, wird sich hoffentlich im Laufe des Jahres 2012 abzeichnen. Umbrüche und Reformen bedeuten, dass sich etwas verändert. Ich als Optimistin sehe diesen Veränderungen positiv entgegen.

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

Haslinger: Ich plädiere für bessere Steuerungsmodelle, mehr Transparenz von Kosten und Leistung, gemeinsame Ziele und Finanzierung sowie die enge und gut abgestimmte Zusammenarbeit von Bund und Ländern.

P: Das Image der Pharmaindustrie wird in der Öffentlichkeit oft in ein schlechtes Licht gerückt. Wirkt sich das auf Ihre Arbeit als

Director Market Access & Commercial Operations aus? Mit welchen Schwierigkeiten sehen Sie sich konfrontiert?

Haslinger: Ich sehe mich seit vielen Jahren mit dem Versuch, das Image der Pharmaindustrie zu verbessern, konfrontiert – wie viele Kollegen anderer Unternehmen auch. Hier besteht noch viel Aufholbedarf. Wir haben in der Vergangenheit große Erfolge erlebt, die dazu geführt haben, dass viele Menschen die heutige Gesundheitsversorgung als selbstverständlich ansehen. Durch erfolgreiche Medikamentenentwicklungen und Impfprogramme sind viele noch vor einigen Jahrzehnten tödliche Erkrankungen aus der öffentlichen Wahrnehmung verschwunden. Obwohl die Forschung der pharmazeutischen Industrie enorme Leistungen erbringt, werden in den Medien leider oft nur negative Aspekte – und das besonders stark – thematisiert. Selbstverständlich gibt es auch in der Industrie Einzelfälle, in denen Kritik angebracht ist. Diesen begegnet man aber mit laufend aktualisierten Compliance-Richtlinien und einem strengen Verhaltenskodex.

P: Wie sieht die Zusammenarbeit zwischen Ihnen und Ihren Kollegen im Ausland aus?

Haslinger: Die Zusammenarbeit mit anderen Ländern und unseren Kollegen auf europäischer und amerikanischer Ebene funktioniert ausgezeichnet. Es gibt einen regelmäßigen Austausch zu einer Vielzahl an spannenden Themen. Dadurch sind wir alle gut darüber informiert, was anderswo vor sich geht, und können uns ein Bild von möglichen Einflüssen auf Österreich machen.

BioBox:

Nach ihrem Studium der Wirtschaftswissenschaften an der Johannes Kepler Universität in Linz war Mag. Sigrid Haslinger beim Marktforschungsinstitut IMAS als Projektmanagerin, beim Unternehmen Austria Collegialität in Linz als General Manager des „Austria Vital Clubs“ für Oberösterreich und bei „The point – agency for marketing and economical communication“ in Linz als Customer Care Manager beschäftigt. Von 1995 bis 2000 fungierte sie als Product Manager Gynaecology bei der Schering Wien Ges. m. b. H. und fünf weitere Jahre als Business Unit Manager Dermatology. Bei Merck Sharp & Dohme Ges. m. b. H. ist Mag. Haslinger seit 2005 tätig – zuerst als Marketing and Sales Manager, vier Jahre lang als Business Unit Director und schließlich seit 2010 als Director Market Access & Commercial Operations.

„Der Darm als Zentrum für Gesundheit und Wohlbefinden“

VON SARAH JOSCHTEL, BAKK. PHIL.
UND MAG. NINA BENNETT, MA

Der Sitz unserer Gesundheit liegt im Darm, dem größten Organ des Menschen. Eine aus dem Gleichgewicht gebrachte Darmflora, Verdauungsstörungen oder das berüchtigte Reizdarmsyndrom können Betroffene massiv belasten. Im Periskop-Interview erläutert Mag. Anita Frauwallner, Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für probiotische Medizin (ÖPROM), den Beginn ihrer Forschungsarbeit, die Rolle von Bakterien bei der Früherkennung von Krebs und die zukünftige Positionierung des Darms in der Medizin.

in den Griff zu bekommen, sollte immer die Untersuchung einer Stuhlprobe sein. Wenn beispielsweise eine Woche lang ein Antibiotikum eingenommen werden muss, werden dabei achtzig bis neunzig Prozent der Darmflora zerstört. Um den Verlust wieder auszugleichen, sind mehrere Monate gesunder Ernährung notwendig: viel Obst, Gemüse, Vollkorn- und probiotische Milchprodukte – und möglichst ab dem Beginn ein spezielles Probiotikum gegen die mit Antibiotika assoziierten Nebenwirkungen.

P: Wann kam Ihnen im Laufe Ihrer Forschungsarbeit der Gedanke, ein Buch über Ihre Erkenntnisse zu publizieren? Und wie war das Echo auf Ihr Buch?

Frauwallner: Als ich immer öfter gefragt wurde, wie der Darm auf natürliche Weise selbstständig in Ordnung gehalten werden könne, wuchs mein Wunsch, meine Erfahrungen auf eine für jedermann verständliche Weise aufzuschreiben. Ich wollte kein Fachbuch für Spezialisten schreiben, sondern eines, das an einem verregneten Samstagnachmittag auf erheitende Weise informiert. Es sollte Schleusen öffnen, um das Thema Darmprobleme in der Öffentlichkeit zu enttabuisieren und eine offenere Kommunikation darüber zu entfachen. Aktuell erscheint die zweite Auflage meines Buchs, und das Feedback ist durchwegs positiv. Ich lebe mit Begeisterung vor, was ich schreibe. Daher probieren die Menschen meine Ratschläge gerne aus, um dieselben positiven Erfahrungen zu machen.

P: Welche Rolle wird der Darm zukünftig in der Medizin einnehmen?

Frauwallner: Vor noch etwa zwanzig Jahren wurde der Darm einzig und allein als Verdauungsrohr gesehen. Doch heute ist bekannt, wie sehr er unseren gesamten Körper beeinflusst. Deshalb wird der Darm in fast allen medizinischen Gebieten mehr berücksichtigt, egal

ob nun von Orthopäden, Rheumatologen oder Ophthalmologen. Die neueste Forschung entwickelt sich hin zur personalisierten Medizin, in welcher der Darm ein fester Bestandteil ist. Heute kennen wir bereits

einige Bakterienarten, die nur vorkommen, wenn die Gefahr einer Darmkrebserkrankung besteht. Es wird dadurch einmal möglich sein, nur über die Darmbakterien Screeningprogramme zu entwickeln,

die heute noch zu kostspielig wären.

„Bei der Behandlung von Krankheiten müssen Darmbakterien künftig mehr Beachtung finden.“

BioBox:

Nach ihrem Studium der Sprachwissenschaften an der Universität Graz war Mag. Anita Frauwallner Besitzerin einer der ältesten Grazer Apotheken. Im Jahr 1992 übernahm sie die Leitung des Instituts Allergosan, eines Zentrums für innovative naturheilkundliche Forschung mit dem Schwerpunkt auf der Entwicklung medizinisch relevanter Probiotika. Seit 2007 fungiert die geborene Steirerin als Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für probiotische Medizin (ÖPROM), die als Ziel die Fortbildung von Ärzten und Apothekern im Bereich der präventiven Medizin verfolgt.

BUCHVORSTELLUNG:

„Was tun, wenn der Darm streikt?“

Mehr als die Hälfte der in den westlichen Ländern lebenden Menschen leiden unter Verdauungsproblemen. Da nur selten Krankheiten die Ursache für die Beschwerden sind, ist die Schulmedizin oftmals hilflos, während Betroffene meistens über eine massive

Minderung der Lebensqualität klagen. Der interessante und leicht verständliche Ratgeber von Mag. Anita Frauwallner mit dem Titel „Was tun, wenn der Darm streikt?“ vereint auf humorvolle Weise Bewährtes aus der Ganzheitsmedizin mit den neuesten Erkenntnissen aus der Forschung. Die Expertin für Darmgesundheit bietet Antworten auf interessante Fragen, etwa auf welche Weise man Probiotika sinnvoll einsetzen kann, wann Vitamine aus der Apotheke benötigt werden und welche Mittel die Naturheilkunde bei chronischen Beschwerden bietet. Der Ratgeber erschließt mit vielen anregenden Tipps und Informationen einen neuen Zugang zu einem bedeutsamen Thema.

P: Seit wann beschäftigen Sie sich mit Darmgesundheit und Probiotika?

Frauwallner: Die intensive Beschäftigung ergab sich aus einer privaten Erfahrung. Mein verstorbener Mann, der selbst als Arzt praktizierte, litt an Colitis ulcerosa, einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung. Durch einen von mir ausgearbeiteten Ernährungsplan und regelmäßige Kontrollen konnte er mehr als zehn Jahre gut mit der Erkrankung leben, bis schließlich Darmkrebs diagnostiziert wurde. Trotz des Einsatzes von Schulmedizin in Kombination mit alternativen Heilmethoden konnte ihm nicht geholfen werden. Später wurde ich durch Zufall mit einem holländischen Wissenschaftler bekannt, der sich mit probiotischen Bakterien beschäftigte. Durch den Austausch mit ihm wurde mir bewusst, dass der Einsatz probiotischer Bakterien bei der Krebsbehandlung meines Mannes vielleicht ein anderes Ergebnis gebracht hätte. Bei der Behandlung von Krankheiten müssen Darmbakterien künftig mehr Beachtung finden.

P: Welche Beschwerden gehen mit einer defekten Darmflora einher? Wozu raten Sie von Darmproblemen Betroffenen?

Frauwallner: Der Darm ist aufgrund seiner riesigen Fläche von 300 bis 400 Quadratmetern enorm anfällig für Entzündungen, die sich im gesamten Körper verteilen. Für viele Krankheiten finden sich die Ursachen im Darm, darunter Rheuma, Arthritis, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder auch Migräne. Da es sich beim Darm zudem um ein hormonproduzierendes Organ handelt, nehmen hier auch Depressionen, Stimmungsschwankungen und Rastlosigkeit ihren Anfang. Der erste Schritt, um Darmprobleme



P: Inwieweit beeinflussen der Darm und die darin existenten Bakterien den menschlichen Organismus?

Frauwallner: Der Darm ist, je nach Auslegung, das Zentrum für Gesundheit und Wohlbefinden oder auch für Krankheit und Tod. Die im Darm vorkommenden Bakterien spielen eine große Rolle, da sie unsere Nahrung so verarbeiten, dass wir sie aufnehmen und verwerten können. In einem gesunden Darm werden Eindringlinge und Giftstoffe durch probiotische Bakterien sofort unschädlich gemacht. Diese Symbiose bewirkt, dass die Bakterien die Darmzotten von gärenden und faulenden Resten reinigen, für die Aufnahme von lebenswichtigen Nahrungsbestandteilen sorgen und unser Immunsystem ankurbeln.

Das Lebensumfeld der Bakterien sollte nicht zerstört werden, da sie sonst nicht mehr in der Lage sind, das „Gesamtsystem“ Mensch in stand zu halten. Bei einem erkrankten Darm funktioniert dieses Wechselspiel nicht mehr. Das Zentrum unseres Lebens ist unser Darm, daher halte ich auch die Arbeit von entsprechenden Vereinen wie „Darm Plus – CED Initiative Österreich“ für eine gute Möglichkeit, die Aufmerksamkeit für die Darmgesundheit zu erhöhen.

P: Bestehen Zusammenhänge zwischen Darmgesundheit und den übrigen Körperfunktionen, die erst bekannt und erforscht werden?

Frauwallner: Probiotik wird immer mehr zu einem vorrangigen Thema. Derzeit wird viel in die Grundlagenforschung investiert, da man künftig durch gezielte Maßnahmen mehr Augenmerk auf die Sanierung des Darms und des Verdauungssystems legen wird. Eine Vielzahl an Krankheiten wie Rheuma, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Allergien werden nicht mehr behandelt werden können, ohne den Darm zu berücksichtigen.

Tagung Medizin und Ethik: Krankheit als Lebensstil? Wege und Irrwege

MAG. NINA BENNETT, MA

EUROPÄISCHES FORUM ALPBACH

Im Rahmen der Tagung des Europäischen Forums Alpbach „Medizin und Ethik: Krankheit als Lebensstil? Wege und Irrwege“ fand am 5. und 6. Oktober 2011 in Wien die Paneldiskussion „Eigenverantwortung und Selbstbestimmung“ statt. Die Experten diskutierten über das Verhältnis von Arzt und Patient, die immer dringendere Forderung nach Eigenverantwortung und Selbstbestimmung des Patienten sowie die geistige Verfassung von Patienten und ihre Handlungsmöglichkeiten im Krankheitsfall. Die Veranstaltung des Europäischen Forums Alpbach fand in Kooperation mit der Österreichischen Ärztekammer und der Ärztekammer für Wien statt.

Diskussionsteilnehmer (alphabetische Reihung):

- DR. ALENA BUYX, Stellvertretende Direktorin, Nuffield Council on Bioethics, London
- DKFM. MAG. THEOL. GREGOR ULRICH HENCKEL-DONNERSMARCK, Abbas emeritus, Stift Heiligenkreuz, Heiligenkreuz
- MAG. BIRGIT KRAFT-KINZ, Geschäftsleitung, Beratungsunternehmen für Kommunikation KRAFTKINZ GmbH, Wien
- MAG. DR. DORIS PFABIGAN, wissenschaftliche Projektmitarbeiterin, Institut für Philosophie, Universität Wien

Moderation: UNIV.-PROF. DR. ANITA RIEDER, Professorin für Sozialmedizin und Curriculumsdirektorin für Humanmedizin, Medizinische Universität Wien, Referentin für Public Health und Sozialmedizin, Ärztekammer für Wien

In seiner Begrüßungsrede wies Dr. Walter Dorner, Präsident der Österreichischen Ärztekammer, auf die zu hinterfragende Entfremdung vom eigenen Körper hin, wenn Schönheit und Erfolg gleichgesetzt würden. Die Gesundheit würde für diese Werte immer bedenkenloser geopfert. Ein deutliches Alarmzeichen wäre etwa die Entwicklung, dass sich Mädchen zur Matura nicht mehr den Führerschein, sondern eine Brustvergrößerung wünschten. Dr. Dorner appellierte an die Verantwortung von Medizinern gegenüber der Gesellschaft: Sie sollten ihr eigenes Handeln – zum Beispiel die Verschreibung von Dopingmitteln oder medizinisch unnötige chirurgische Eingriffe – in Zukunft kritischer betrachten.

Eigenverantwortung und Selbstbestimmung von Patienten

Die Paneldiskussion „Eigenverantwortung und Selbstbestimmung“ beschäftigte sich mit den Leitfragen: Wie viel Eigenverantwortung ist Patienten zumutbar? In welcher kognitiven Verfassung sind von einer Krankheit Betroffene und deren Angehörige? Wie stellen sich Eigenverantwortung und Selbstbestimmung aus religiöser und philosophischer Sicht dar? Und welche Rolle spielt das Arzt-Patienten-Verhältnis? Die Moderatorin Univ.-Prof. Dr. Anita Rieder, Professorin für Sozialmedizin und Curriculumsdirektorin für Humanmedizin der Medizinischen Universität Wien sowie Referentin für Public Health und Sozialmedizin der Ärztekammer für Wien, eröffnete die Diskussion mit der Frage, ob Patienten generell die Möglichkeit hätten, Eigenverantwortung und Selbstbestimmung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Dr. Alena Buyx, Stellvertretende Direktorin vom Nuffield Council on Bioethics in London, erläuterte, dass für eine Zuweisung von Eigenverantwortung drei wichtige Fragen beantwortet werden sollten: „Erstens müssen wir herausfinden, welches Verhalten eines Patienten zu einem Krankheitszustand geführt hat. Es besteht zweitens ein grundsätzlicher Dissens darüber, ob das Gesundheitsverhalten eines

Menschen bereits in der Kindheit stark geprägt wurde oder ob er sich immer wieder frei für eine bestimmte Handlung entscheidet, zum Beispiel bei der Ernährung. Und drittens ist unklar, welche Konsequenzen wir im Gesundheitswesen ziehen wollen, wenn die beiden ersten Fragen beantwortet sind – ignorieren wir den persönlich verantworteten Gesundheitszustand oder ‚strafen‘ wir? Hinsichtlich der letzten Frage bietet der ‚libertäre Paternalismus‘ interessante neue Ansätze. Diese sollen Menschen helfen, bessere Entscheidungen zu treffen, als sie es von sich aus täten, ohne Zwang und ohne Strafen“, so Dr. Buyx. Um das Verhalten von Menschen im Alltag zu verändern, könnte ein „Nudge“ – ein so genannter Stups – eingesetzt werden. Hier machen sich die Verantwortlichen die menschliche Natur zunutze: zum Beispiel

ausgesetzt.“ Der Mensch soll demnach das eigene Leben und das Leben anderer, seine Gesundheit und die Gesundheit anderer schützen, pflegen und erhalten. Krankheiten sollen nach Möglichkeit geheilt oder in menschlicher Würde getragen werden. Gerade wegen seiner Berufung zu verantwortlicher Selbstbestimmung sei der Mensch aber nicht völlig frei, sondern zu wertvollen Entscheidungen berufen.

Auch bei Krankheit – Vertrauen als Basis jeder Kommunikation

Mag. Birgit Kraft-Kinz, Geschäftsführerin des Beratungsunternehmens für Kommunikation KRAFTKINZ GmbH in Wien, wies in weiterer Folge auf die Bedeutung des Arzt-Patienten-Verhältnisses hin und erläuterte, welche Rolle „Vertrauenkapital“ im Zusammenhang mit Eigenverantwortung und Selbstbestimmung spielt. Sie erklärte, dass Vertrauen Basis jeder Kommunikation sei. „Vertrauen ist die Grundlage für die Annahme ärztlicher Dienstleistungen. Ärzte tragen enorm viel Verantwortung, da sie durch ihr Handeln und ihre Kommunikation eben jenes Vertrauenskapital aufbauen können“, so Mag. Kraft-Kinz. Weiters betonte sie, dass mündige Patienten durch ihre Erkrankung zugleich auch persönlich höchst betroffen seien. Dadurch seien sie für jede erdenkliche Information sensibilisiert und würden auf zahlreiche Details achten. Authentische und empathische Kommunikation vonseiten des Arztes sei also wichtig. „Eine Krankheitssituation geht in den meisten Fällen mit Angst einher. Eigenverantwortung und Selbstbestimmung verändern das Bedürfnis des Patienten nach vertrauensvollem Umgang mit dem behandelnden Arzt nicht. Nach wie vor ist der Arzt zum Ausbau des Vertrauenskapitals aufgefordert, um dem Patienten ein Sicherheitsgefühl zu vermitteln“, ist sich Mag. Kraft-Kinz sicher.

Wie wird Eigenverantwortung zu- oder abgesprochen?

Mag. Dr. Doris Pfabigan, wissenschaftliche Projektmitarbeiterin am Institut für Philosophie an der Universität Wien, machte darauf aufmerksam, dass kaum ein Terminus in den Debatten um Ethik und Moral so stark strapaziert wird wie Autonomie und der oft synonym dazu verwendete Begriff der Selbstbestimmung. „Im Gesundheitsbereich gelten Selbstbestimmung und Eigenverantwortung des Patienten als das Ideal. Doch geht es tatsächlich immer um die Selbstermächtigung und die Interessen der Patienten? Und wie sollen jene Menschen, die über keinen oder nur sehr begrenzten Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen verfügen, mit der stetig lauter werdenden Forderung nach Eigenverantwortung umgehen?“, stellte Mag. Dr. Pfabigan in den Raum.

Klare und einfache Kommunikation schafft Sicherheit

Dr. Buyx erläuterte in der Diskussion, dass es um die verständliche Kommunikation des Arztes gehe. Es gäbe demnach immer wieder Fälle, in denen Patienten Schwierigkeiten haben, die gesagten Inhalte ausreichend zu verstehen. „Hier ist der Arzt gefragt, sein sprachliches Niveau an jenes des Patienten anzupassen und die kognitiven Einschränkungen Betroffener mitzubedenken“, so Dr. Buyx. Eltern hätten zum Beispiel zehn Minuten nach einem Gespräch mit dem Arzt über die Operation ihres Kindes die meisten Inhalte bereits wieder vergessen. Mag. Kraft-Kinz stellte hierzu fest: „Klare und einfache Kommunikation gibt Menschen ein Sicherheitsgefühl. Durch Betonung des Dialogs und durch die umfassende Information des Patienten werden Interpretationen verhindert. Zudem wird das Nachfragen ermöglicht und die Angst minimiert.“

unsere Trägheit und unseren Mangel an Selbstbeherrschung. Im Zweifel neigen Menschen dazu, eher nichts zu tun, selbst wenn die Kosten einer Veränderung unbedeutend sind. Zudem fällt uns Selbstbeherrschung oft schwer. „Ein offensichtliches Beispiel ist die alarmierende Zahl an Übergewichtigen. Die meisten von ihnen wären gern schlanker, können sich selbst aber nicht zu Sport oder einer Diät überreden“, erklärte Dr. Buyx weiter. Ein sanfter Stups könnte helfen, wie zum Beispiel die Veränderung des Essensangebots in der Kantine.

Aus Sicht der Religion:

keine absolute Selbstbestimmung bei Krankheit

Abbas emeritus des Stiftes Heiligenkreuz, Dkfm. Mag. theol. Gregor Ulrich Henckel-Donnersmarck, sprach über die Autonomie und Moral des Menschen im Allgemeinen: „Da der Mensch Abbild Gottes ist, ist dieser zu verantwortlicher Selbstbestimmung berufen. In dieser Welt ist er auch Krankheit und letztlich dem Tod



Univ.-Prof. Dr. Anita Rieder



Dkfm. Mag. theol. Gregor Ulrich Henckel-Donnersmarck



Dr. Alena Buyx



Mag. Birgit Kraft-Kinz



Dr. Erhard Busek



Mag. Dr. Doris Pfabigan



MR. Dr. Walter Dorner

Die beste medizinische Vorsorge Ihrer MitarbeiterInnen ist jetzt auch steuerlich absetzbar! *

mediclass bietet betriebliche Gesundheitsförderung für Ihr Unternehmen zu besten Konditionen.

Jährlicher Premium-Gesundheits-Check

Umfassende fach-medizinische Versorgung im mediclass Zentrum

Therapeutische und komplementärmedizinische Behandlungen optional

**Mitarbeiter-
vorsorge**
ab € 19,90
/Monat**

** Angebot gilt bei Anmeldung einer mediclass Corporate-Hauptmitgliedschaft.

Wir beraten Sie gerne unverbindlich.

☎ 01 890 45 20-22 • E-Mail: beratung@mediclass.com

www.mediclass.com