

periskop

AUSGABE 52, JUNI 2012

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



„BÜROKRATIE ABBAUEN UND KOOPERATION FÖRDERN“

DR. MARIA FEKTER,
BUNDESMINISTERIN FÜR FINANZEN

**AM PLUS: INTERDISZIPLINÄRES FORUM ZU
PUBLIC HEALTH CARE**

**START PILOTPROJEKT DIABETES IN DEN
OBERÖSTERREICHISCHEN APOTHEKEN**



VON DER IDEE BIS ZUR UMSETZUNG BEDARF ES VEREINTER KRÄFTE

Am 15. Mai war es endlich so weit: Nach Monaten intensiver interner Gespräche und Beratungen mit Ärztinnen und Ärzten, mit Verantwortlichen der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, des Hauptverbands, der Oberösterreichischen Ärztekammer, Landespolitikern und – nicht zu vergessen – mit der eigenen Landesvertretung dürfen die oberösterreichischen Apotheker nun tatkräftig am Projekt „Therapie aktiv“ mitarbeiten, um die Situation der Diabetikerinnen und Diabetiker in Oberösterreich weiter zu verbessern.

In Oberösterreich gibt es an die 70.000 diagnostizierte Diabetikerinnen und Diabetiker, die bei ihren Hausärzten therapiert werden. Außerdem gibt es hier schätzungsweise 30.000 Personen, bei denen die Erkrankung bereits ausgebrochen, aber noch nicht diagnostiziert ist. Meist wissen die Betroffenen selbst nicht, dass sie an Diabetes leiden oder sich in einer Vorstufe dieser heimtückischen Krankheit befinden. In unserem Projekt geht es darum, diese „Unerkannten“ gemeinsam mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zu finden. Sie sollen – in einem strukturierten Prozess von Beratung und nötigenfalls auch Betreuung – zur Abklärung und Therapie an die Medizinerinnen und Mediziner weitergereicht werden. Das Disease-Management-Programm „Therapie aktiv“ ist eine besonders effektive Form der Diabetikerinnen- und Diabetikerbetreuung. In Oberösterreich hat es bereits eine lange Tradition. Daher ist es unser gemeinsames Anliegen, diese moderne medizinische Form der Krankenbehandlung so vielen Betroffenen wie möglich zugänglich zu machen.

Welche Aufgaben werden die Apotheker in unserem Bundesland nun künftig übernehmen? Die wichtigste wird sicherlich die Abklärung eventueller Risikopotenziale bei unseren Kundinnen und Kunden sein.

Unser Pilotprojekt sieht drei Handlungsfelder vor: erstens die Suche nach noch nicht diagnostizierten Diabetikerinnen und Diabetikern mittels Fragebögen. Deren Auswertung soll helfen, Personen mit hohem Risikopotenzial herauszufiltern und diese zur weiteren Abklärung zu einer Ärztin oder einem Arzt zu überweisen. Zweitens möchten wir Menschen mit bereits diagnostiziertem Diabetes dazu motivieren, sich am Programm „Therapie aktiv“ zu beteiligen. Und drittens werden die Apotheken pharmazeutische Beratungsleistungen anbieten – insbesondere in Regionen, in denen kein an „Therapie aktiv“ teilnehmender Hausarzt zur Verfügung steht.

Besonderes Augenmerk wird auf Personen gelegt, die mit einem noch nicht hochgradig ausgeprägten Risiko behaftet sind. In diesen Fällen geht es darum, die Betroffenen zu motivieren, von sich aus – mit unserer Hilfe – eine positive Lebensstiländerung anzustreben. Jede Person, bei der Diabetes verhindert werden kann, ist ein Erfolg. Das gilt für die Betroffenen selbst, für uns Apotheker und natürlich für unser Gesundheitssystem.

Als Präsident der oberösterreichischen Apotheker bin ich sehr froh und auch ein wenig stolz, dass es unserem Team gelungen ist, die wenigen Zweifler in den eigenen Reihen davon zu überzeugen, dass solch ein Pilotprojekt eine Chance für uns Apotheker ist. So können wir beweisen, dass unsere Beratungsleistungen einen gesundheitspolitischen Sinn haben, der auch vom zahlenden System positiv beurteilt und gutgeheißen wird. Dass wir als Pharmazeuten eine Verantwortung für das Wohlbefinden unserer Kunden sowie die Verbesserung ihres Gesundheitszustands haben und jene unterstützen, die unsere Hilfe benötigen. Dass wir aus eigenem Antrieb Teile des Hauptverband-Masterplans mit unseren Erfahrungen, unserem Wissen und unserer Kompetenz erfüllen werden und unseren Teil dazu beitragen, unser Gesundheitssystem auch in Zukunft finanzierbar zu erhalten.

Meint Ihr Thomas Veitschegger

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

UMFASSEND LÖSUNGEN ENTWICKELN.

FÜR IHRE INDIVIDUELLEN GESUNDHEITSPROJEKTE.

Deren strategische Planung, Durchführung und laufende Evaluierung ist unser Ziel. Mit Akteuren auf Bundes-, Landes- und Gemeindeebene.

FÜR INDIVIDUELLES SCHNITTSTELLEN-MANAGEMENT IM GESUNDHEITSBEREICH.

Wobei wir Ihnen unser breites Netzwerk im Gesundheitswesen zur Verfügung stellen.

FÜR „WOMEN IN HEALTH“.

Wofür wir Ihnen ein Netzwerk von Frauen im und aus dem Gesundheitswesen zur Förderung und Stärkung des „Women and Health“ Gedanken bieten.

VOM DISSENS IM DIALOG ZUM KONSENS, IM SINNE DER GEMEINSCHAFT UND DES BETROFFENEN INDIVIDUUMS. ALS STARKER TEIL DER PERI GROUP.

PERI
PERI HUMAN
RELATIONS GmbH

Peri Human Relations GmbH
Lazarettgasse 19/OG 4, A-1090 Wien
(T) +43/1/405 48 79 · (F) +43/1/402 13 41-18
(E) office@perihumanrelations.at · (I) www.perihumanrelations.at

Geschäftsführerin
Mag. Renée Gallo-Daniel

EDITORIAL

Renée Gallo-Daniel



„Auf landespolitischer Ebene spielen die Landessanitätsdirektionen eine wichtige Rolle. Themenschwerpunkte wie Infektionsprophylaxe oder Seuchenprävention und deren Umsetzung sind wichtig, um eine zukunftsorientierte Gesundheitsplanung zu etablieren.“

Robert Riedl



„Oberösterreichs Apotheker leisten zur Früherkennung von Diabetes einen wesentlichen Beitrag, denn sie unterstützen das DMP ‚Therapie aktiv‘, die strukturierte Betreuung von Diabetikern. Durch Fragebögen filtern sie Risikopatienten heraus und motivieren sie zur Teilnahme am Programm.“

Hanns Kratzer



„Die Verbesserung der Lebensumstände suchtkranker Menschen ist eine enorme Herausforderung. Gerade auf dem Feld der Opioid-Erhaltungstherapie existieren eine noch nicht zufriedenstellende Versorgungsstruktur und gesellschaftliche Barrieren, die überwunden werden müssen.“

Wilfried Teufel



„Auf Initiative des Landes Oberösterreich fand am 5. Mai in Linz der Aktionstag Gesundheit OÖ 2012 Diabetes & Herz-Kreislauf statt, bei dem sich Interessierte und Betroffene zu Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen umfassend informieren konnten.“

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

An das Gesundheitswesen werden immer höhere Anforderungen gestellt. Die Medizin ist heute in der Lage, Spitzenleistungen zu erbringen. In Österreich stehen diese praktisch für alle zur Verfügung, Alter und Einkommen spielen im Grunde keine Rolle. Darüber hinaus verändern sich mit dem Wandel der Lebensumstände die Krankheitsbilder und damit die Ansprüche, die an die Gesundheitsversorgung gestellt werden. Welche Schritte rechtzeitig in die Wege zu leiten sind, um die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens trotz der ständig steigenden Anforderungen weiterhin sicherstellen zu können, erläutert Dr. Maria Fekter, Bundesministerin für Finanzen, im Coverstory-Interview.

Im Mai 2012 lud die Fachhochschule Oberösterreich, Fakultät für Gesundheit und Soziales am Campus Linz, zum Kongress „Integrierte Versorgung“. Dabei fand auch eine Podiumsdiskussion zum Thema „Schritte der Kooperation, um Netzwerkarbeit im Sinne der Patienten und Klienten voranzutreiben!“ statt, bei der die Teilnehmer über die Wichtigkeit der integrierten Versorgung für die Zukunft, deren Defizite und Verbesserungspotenzial diskutierten.

Der Verein AM PLUS lud im März knapp dreißig Vertreter aus rund zwanzig österreichischen Fachgesellschaften und Gesundheitsberufen zu einem ersten interdisziplinären Forum. Im Rahmen dessen wurde das von AM PLUS entwickelte Primary-Health-Care-(PHC-)Konzept vorgestellt. Über die Chancen und Risiken hinsichtlich der Umsetzung von PHC in Österreich lesen Sie im Blattinneren.

Im Gespräch mit dem Periskop beschreibt Dr. Herwig Lindner, neuer Präsident der Ärztekammer Steiermark, seine Pläne für die Zukunft des Gesundheitssystems in seinem Bundesland. Außerdem nimmt Univ.-Prof. Dr. Reinhold Kerbl, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ), dazu Stellung, welche Bereiche in der Kinderheilkunde forciert werden müssen. Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer, Leiterin der Drogenambulanz, Suchtforschung und -therapie der MedUni Wien, spricht über die Ziele und Ergebnisse der aktuellen Studie „Project Access Austria“, einer Umfrage zum aktuellen Status der Opioid-Erhaltungstherapie in Österreich, und Mag. Jan Pazourek, Generaldirektor der NÖGKK, erklärt, welche Absichten die Krankenkasse in Bezug auf die Gesundheitsförderung verfolgt. Zudem finden Sie einen Bericht zur Podiumsdiskussion im Rahmen des Kongresses der Österreichischen Schmerzgesellschaft in Linz.

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

Ihre

PERI Group

Und das erwartet Sie im nächsten Periskop: In der Herbstausgabe 2012 bitten wir Patientenanwalt Dr. Gerald Bachinger zum Gespräch über Patienteninformation und -sicherheit. Die Reihe „Krankenhaus im Focus“ betrachtet diesmal den intramuralen Bereich aus Sicht der Landeskrankenanstalten-Betreiber des Bundeslandes Salzburg. Außerdem bieten wir einen Rückblick auf das Sommerfest der Apotheker am 21. Juni 2012 in Oberösterreich sowie auf den Danish Health Circle, eine Plattform für dänische Firmen, die in Österreich tätig sind.

INHALT

Kommentar Mag. pharm. Thomas Veitschegger.....	2
Editorial, Zur Sache, Impressum.....	3
Coverstoryinterview mit Dr. Maria Fekter.....	4
Start Pilotprojekt Diabetes in Oberösterreich am 15. Mai 2012.....	7
Interview mit Mag. Cornelia Schmidjell.....	8
Interview mit Univ.-Prof. Dr. Alexander Rosenkranz.....	10
Interview mit Mag. Jan Pazourek.....	11
Interview mit Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer.....	12
Kolumne MR Dr. Walter Dorner: Ökonomisierung der Medizin.....	13
Rückblick Aktionstag Gesundheit OÖ 2012.....	14
AM PLUS Interdisziplinäres Forum.....	16
Interview mit Wolfgang Wagner.....	17
Interview mit Dr. Jan Oliver Huber.....	18
Interview mit Dr. Herwig Lindner.....	20
Rückblick: Podiumsdiskussion im Rahmen des Kongresses „Integrierte Versorgung“.....	21
Welldone Lounge.....	22
Interview mit Dr. Odo Feenstra.....	26
Interview mit Dr. Georg Palmisano.....	27
Interview mit Dr. Josef Bichler.....	28
Vienna School of Clinical Research (VSCR).....	30
Interview mit Univ.-Prof. Dr. Reinhold Kerbl.....	31
Interview mit Dr. Martin Zartl.....	32
Interview mit Dr. Petra Burger.....	34
Interview mit Thomas Lingelbach.....	35
ÖOG Kolumne.....	36
Vorstellung PERI Marketing & Sales Excellence GmbH.....	36
Interview mit Univ.-Prof. Dr. Rainer Kunstfeld.....	37
Pneumokokken-Schutz über 50: Prädikat Welldone.....	38
Rückblick Podiumsdiskussion der ÖSG.....	40
Buchrezensionen.....	41
UPDATE Europe.....	42
Kolumne Reinhard Riedl.....	43

IMPRESSUM:

Verleger und Eigentümer: Peri Consulting GmbH, Herausgeber Mag. Hanns Kratzer, Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien; Redaktionsanschrift: Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien, Tel.: 01/4021341-0, Fax: DW 18, E-Mail: pr@welldone.at. **Offenlegung gemäß § 25 Mediengesetz:** Medieninhaber: Peri Consulting GmbH, Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien; Unternehmensgegenstand: Beratung; Geschäftsführung: Hanns Kratzer. **Autoren:** Nina Bennett und Martina Dick (Redaktionsleitung), Walter Dorner, Sarah Joschtel, Kurt Moser, Doris Nentwich. **Art Direktion:** Dieter Lebesch. **Grafik:** Sonja Huber, Sandra Pörtl, Alexander Svec, Natascha Windpassinger. **Fotos:** Ärztekammer für Wien (1), digitalvision (2), Fachhochschule Oberösterreich (3), Hartl (15), Hollos (1), Kaser (4), Oberösterreichische Apothekerkammer (3), Office Le Nomade OLN (1), Pflügl (25), Rothwangl (2), Schiffl (101), Schiffer (1), Sommer (2), Strobl (7). **Lektorat:** Ursula Sorz. **Litho und 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



Nutzen und Kosten im Gesundheitssystem

Gesundheitsexperten kritisieren – meist zu Recht – die Spitalslastigkeit des österreichischen Gesundheitssystems. Es herrscht die Meinung vor, dass viele stationäre Aufenthalte unnötig wären, da die Patienten im extramuralen Sektor in gleicher medizinischer Qualität, für die Betroffenen oft schonender und auch kostengünstiger therapiert werden könnten.

Hohe Bettendichte, manchmal ungenügende extramurale Versorgungsdichte im fachärztlichen Bereich und leider oft auch die Unwissenheit von Ärzten führen dazu, dass die Patienten gleich die Spitalsambulanzen aufsuchen. Teils werden sie von Allgemeinmedizinern wie auch von Fachärzten dorthin überwiesen oder sie entscheiden sich selbst dafür. Vom ambulanten Besuch zur stationären Aufnahme ist es oft nur ein kleiner Schritt – schlussendlich müssen die Beschwerden abgeklärt und die Spitalsbetten gefüllt werden. Und mancher landet am OP-Tisch, obwohl der eine oder andere chirurgische Eingriff vermeidbar wäre.

Eine solche Vermeidbarkeit stellt manchmal die Entfernung des Uterus bei Frauen dar, die an Myomen – gutartigen Tumoren der Gebärmutter – leiden. Diese Tumoren haben oft einen furchtbaren Effekt auf die Lebensqualität. Oftmals sind starke Schmerzen und Blutungen die ständigen Begleiter der davon betroffenen Frauen und hindern sie daran, an einem normalen Leben – ob im Beruf oder im familiären Kreis – ohne Schmerzen teilzuhaben.

Da diese Erkrankung leider sehr oft bei jüngeren Frauen vorkommt, wird die Gebärmutter noch häufig mittels Hysterektomie entfernt, um sie von ihren häufig sehr starken Schmerzen und Blutverlusten zu befreien. Bei Frauen im gebärfähigen Alter ist ein solcher Eingriff eine sehr weitreichende Entscheidung, da ein zukünftiger Kinderwunsch dann nicht mehr erfüllt werden kann. Natürlich werden im ärztlichen Gespräch zwischen den Gynäkologen und ihren Patientinnen die Konsequenzen besprochen, doch manchmal wird einem solchen Eingriff wegen vermeintlicher Alternativlosigkeit der Vorzug gegeben.

Hervorzuheben ist aber, dass die Anzahl der Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien) in Österreich rückläufig ist. 1997 wurden in heimischen Akutkrankenanstalten noch über 12.000 Hysterektomien aufgrund benigner Indikationen durchgeführt, das waren 92 Prozent aller Hysterektomien. 2008 waren es an die 8.500 Fälle oder 89 Prozent. Dieser Rückgang der Hysterektomien aus benignen Indikationen um 31 Prozent zeigt aber auch auf, dass es bei den Gynäkologen wie auch bei ihren Patientinnen zu einem Umdenken gekommen ist. Insgesamt verringerten sich die Hysterektomien von 1997 bis 2008 um 29 Prozent. Die Verminderung der Uterusoperationen ist aber sicherlich auch darauf zurückzuführen, dass es möglich geworden ist, die Myome mittels verschiedener neuerer Operationstechniken organerhaltend zu entfernen oder medikamentös zu verkleinern, indem deren Blutversorgung reduziert wird. Dadurch nehmen auch meist die Beschwerden wie Schmerzen und starke Regelblutungen der betroffenen Patientinnen deutlich ab. Die Erweiterung des derzeitigen Therapieangebots ist daher ein besonderes Anliegen der Frauengesundheit.

Wenn der bisher eingeschlagene Weg, die Hysterektomien bei benignen Indikationen zu reduzieren, konsequent weitergegangen wird, hat dies natürlich auch positive Auswirkungen auf die Kosten im Gesundheitssystem. Es fallen weniger teure stationäre Aufenthalte an und auch weniger psychische Beeinträchtigungen, da sich die betroffenen Frauen nicht zwischen einem späteren Kinderwunsch und häufigen Schmerzen entscheiden müssen.

An diesem Beispiel soll aufgezeigt werden, dass es durchaus möglich ist, durch verbesserte medizinische Möglichkeiten und den gezielten Einsatz von neuen Heilmitteln Vorteile zu generieren: Erstens kann den betroffenen Frauen effektiv geholfen werden, ohne innere Organe entfernen zu müssen. Zweitens kann man eventuelle Folgeerkrankungen verhindern und drittens eine deutliche Kostenersparnis im Gesundheitssystem erreichen.

In der jüngeren Vergangenheit gibt es unzählige Beispiele an kurativen Methoden, die operative Eingriffe obsolet machen und zur völligen Heilung der Patienten führen. Denken wir nur an den medizinischen Fortschritt bei der Behandlung von Helicobacter pylori.

Die Leistungen der medizinischen Forschung erlauben es vielen, deutlich länger zu leben als die Generationen vor uns. In zahlreichen Fällen bereits ohne wesentliche körperliche Beeinträchtigung.

Nestor

DR. MARIA FEKTER
BUNDESMINISTERIN FÜR FINANZEN





„Bürokratie abbauen und Kooperation fördern“

MAG. NINA BENNETT, MA

Die Weltwirtschaft ist von einer der schwersten Krisen seit dem Zweiten Weltkrieg betroffen. Die amtierende Finanzministerin Dr. Maria Fekter zieht im Periskop-Interview Zwischenbilanz über ihr erstes Jahr in dieser Position und zeigt auf, wie sie den Status quo der Maßnahmen rund um die Gesundheitsreform beurteilt. Darüber hinaus spricht die gebürtige Oberösterreicherin über Möglichkeiten zur langfristigen Sicherung des Gesundheitssystems und bezieht Stellung zum Invaliditätspensionsstopp für unter 50-Jährige, zur Anhebung des Pensionsantrittsalters und zu Frühpensionen.

P: Sie sind seit April 2011 Bundesministerin für Finanzen. Wie sieht Ihre Zwischenbilanz aus?

Fekter: Österreich hat im internationalen Vergleich sensationelle Wirtschaftsdaten, obwohl wir seit dem Platzen der Immobilienblase in den USA die schwerste Wirtschaftskrise seit dem Zweiten Weltkrieg durchmachen. Die niedrigste Arbeitslosigkeit in Europa, aber ein höheres Wachstum als im EU-Schnitt, verbunden mit einem ambi-

tionierten Konsolidierungspfad, sprechen für sich. Mit dem Sparpaket im Umfang von 27,9 Mrd. Euro haben wir weder die Wirtschaft gedämpft noch die Kaufkraft geschwächt, und weitere Belastungsversuche für unsere Bevölkerung habe ich erfolgreich abgewehrt. Wir sparen sieben Mrd. Euro bei den Frühpensionen, 2,5 Mrd. Euro in der Verwaltung und wir haben Strukturreformen mit Rekordwert erzielt. Den Sparkurs werde ich auch weiterhin mit aller Kraft fortsetzen, weil ich den Schuldensack kommender Generationen nicht vergrößern, sondern verkleinern will – dafür haben wir die Schuldenbremse beschlossen und diese mit dem Stabilitätspakt als innerösterreichischem Staatsvertrag auch mit den Bundesländern verankert. Trotzdem brauchen wir nachhaltige Investitionen in die Zukunft. Dafür habe ich mich eingesetzt und sechs Mrd. Euro für Offensivmaßnahmen wie Universitäten, Schulen und Forschung freigemacht. Nicht zuletzt hat das von mir heimgebrachte Schweizer Abkommen einen signifikanten Beitrag für mehr Steuergerechtigkeit geleistet. ►



„Ein gefestigtes Wertefundament, das mir meine Familie mitgegeben hat und eine bodenständige Herkunft waren immer Stütze und Anker.“

das nicht machen, müssten wir in anderen Bereichen einsparen. Ich will, dass die Pensionen gesichert sind, aber eben nicht nur jetzt, sondern auch in Zukunft. Ageing Costs sind ein Thema, das uns noch weiter beschäftigen wird.

P: Ist Ihrer Meinung nach die medizinische Basisversorgung der Patienten in Österreich ausreichend gegeben? Und wie schätzen Sie die Zufriedenheit der österreichischen Bevölkerung in Bezug auf das Gesundheitssystem ein?

Fekter: Für unsere Basisversorgung und die damit verbundene Qualität der medizinischen Betreuung wurden wir mehrfach international ausgezeichnet. Da sind wir sogar besser als die Skandinavier, welche ja gerne als „Musterschüler“ herangezogen werden. Die Zufriedenheit der Patienten in Österreich ist enorm hoch, letztes Jahr sogar gestiegen.

Gleichzeitig besteht auch der Wunsch nach Reformen, vor allem die Finanzierung und eine bessere Abstimmung im Gesundheitswesen betreffend. Dabei handelt es sich um keine Einschätzung meinerseits, sondern um das Ergebnis einer Bevölkerungsstudie des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger.

P: Wie sieht es mit den Finanzen aus? Trifft es den Patienten oder setzen Sie bei den Strukturen und der Kooperation an?

Fekter: Derzeit sind keine einnahmenseitigen Maßnahmen in Aussicht genommen und ich habe mich mehrmals gegen höhere Steuern oder Belastungspakete ausgesprochen. Wir werden in Österreich nicht die gleichen Fehler machen wie zum Beispiel die Briten. Dort haben Einsparungen zu Leistungskürzungen für die Patienten geführt, wir hingegen setzen bei den Strukturen an und fördern Kooperation.

P: Warum verliert Österreich im internationalen Vergleich an Wettbewerbsfähigkeit bzw. was muss man dagegen tun?

Fekter: Das stimmt so nicht. Österreich kann in Europa mit besten Wirtschaftsdaten aufwarten und muss sich auch im globalen Vergleich nicht verstecken. Im Ranking des Weltwirtschaftsforums liegen wir aktuell auf Platz 18, bei den Lohnstückkosten sind wir gleichauf mit Deutschland und noch vor der Schweiz. Außerdem können wir mit hoher Produktivität und der Verfügbarkeit qualifizierter Mitarbeiter punkten. Aber wir brauchen Reformen, um unseren Standard auch halten zu können und noch weiter auszubauen, denn der internationale Wettbewerb wird härter. Investitionen in Bildung, wie die Universitätsmilliarde, und eine Fortsetzung der Verwaltungsreform, wie im Sparpaket beschlossen, stehen dabei ganz oben. Außerdem kämpfe ich für eine steuerliche Entlastung des Mittelstands, andere treten hingegen für Mehrbelastungen ein. Der Mittelstand ist dabei die „Melkkuh“ der Nation. Das muss in der geplanten Steuerreform angegangen werden, denn fleißige Österreicher sind das Rückgrat unseres Wohlfahrtsstaates, bluten aber langsam finanziell aus. Meine Steuerpolitik für die nächsten Jahre heißt: weniger, einfacher, leistungsgerechter und die Familien entlasten.

P: Wie stehen Sie zum Vorschlag der „Gesundheitsreformgruppe“? Wie beurteilen Sie den Status quo der Maßnahmen rund um die Gesundheitsreform?

Fekter: Die Richtung stimmt, aber der Weg ist aufgrund der vielen Akteure manchmal herausfordernd. Die Einigung über den Ausgabendämpfungspfad stellt einen wichtigen Schritt vorwärts dar, der alle Beteiligten zu effizienterem Handeln zwingt. Das Zielsteuerungssystem ist ein Erfolg, wenn die bisher getrennt agierenden Sektoren Spital und niedergelassener Bereich besser zusammenarbeiten. Es muss aufhören, dass Patienten von einem Bereich in den anderen verschoben werden, um an einer Stelle Kosten zu sparen und woanders anfallen zu lassen.

P: Was versprechen Sie sich von der Kooperation zwischen Bund, Sozialversicherung und Ländern in Zukunft?

Fekter: Eine gemeinsame Planung als auch Steuerung soll die Versorgungssicherheit der Patientinnen und Patienten gewährleisten. Darüber hinaus sichert die künftige Zusammenarbeit einen effizienten Einsatz der Gelder im Gesundheitswesen ab. Damit das – wie in Aussicht genommen – gelingt, ist es wichtig, dass alle Akteure an einem Strang ziehen, und zwar in dieselbe Richtung. Das von uns ausverhandelte Regelwerk stellt das sicher.

P: Ist die langfristige Sicherung des Gesundheitssystems mit der jetzigen Struktur aus Sozialversicherungsbeiträgen und Steuern möglich?

Fekter: Aus jetziger Sicht kann ich das bestätigen. Was wir aber brauchen, sind Vorschläge für eine sektorenübergreifende Finanzsteuerung, also eine Bündelung aller Zahlungsströme. Hier werden sich auch die Bundesländer bewegen müssen, damit wir weiterkommen und einen Kompromiss finden können.

P: Ist das Vorgehen der SVA, die Vorsorge zu bonifizieren, ein Modell für andere?

Fekter: Da ohnedies zu viele Mittel in die Reparaturmedizin fließen, trete ich unbedingt dafür ein.

P: Was halten Sie vom Invaliditätspensionsstopp für unter 50-Jährige? Und wie stehen Sie zur Anhebung des Pensionsantrittsalters und zu Frühpensionen?

Fekter: Das war ein wichtiger Punkt im Reformpaket, weil alle einen Beitrag zur Konsolidierung unseres Budgets leisten sollen. Wenn wir unser Pensionssystem langfristig sichern wollen, müssen wir hier Maßnahmen setzen. Jeder, der in den letzten Jahrzehnten tatkräftig gearbeitet und seinen Beitrag geleistet hat, soll auch etwas davon haben. Ich lasse nicht zu, dass Bürgerinnen und Bürger, die auf den Generationenvertrag vertraut haben, im Stich gelassen werden. Trotzdem denke ich auch an die Pensionsempfänger von morgen, nämlich unsere Kinder. Die Abschaffung der Invaliditätspension für unter 50-Jährige ist eine Sofortmaßnahme. Mit begleitenden Instrumenten wollen wir aber die Betroffenen am Arbeitsmarkt unterstützen und mittels Kranken- und Arbeitslosenversicherung kann ich garantieren, dass Menschen, die wirklich arbeitsunfähig sind, trotzdem abgesichert sind. In Schweden arbeiten die Menschen bis zum Alter von knapp 65 Jahren, der OECD-Schnitt liegt nur wenig darunter. Bei uns hingegen liegt das faktische Pensionsantrittsalter bei 58,9 Jahren für Männer und 57,5 Jahren für Frauen. Vor allem in der ersten Gruppe liegen wir damit 6,1 Jahre vom gesetzlichen Rahmen entfernt. Mit dem Stabilitätspakt schaffen wir bis 2020 eine Anhebung um insgesamt vier Jahre, und ein Jahr länger zu arbeiten bringt der Republik Einsparungen in der Höhe von 1,4 Mrd. Euro im Budget. Würden wir



P: Welche Werte und Erfahrungen sind Ihnen im Leben und in der Politik besonders wichtig?

Fekter: Ich habe seit Beginn meiner politischen Tätigkeit viele Höhen und Tiefen erleben dürfen. Ein gefestigtes Wertefundament, das mir meine Familie mitgegeben hat, und eine bodenständige Herkunft waren immer Stütze und Anker. Wirtschaftliches Know-how konnte ich mir nicht nur während meiner

akademischen Ausbildung aneignen, sondern auch durch Praxis im eigenen Betrieb sammeln. Dadurch bin ich unabhängig, kann frei agieren und manchmal auch Dinge direkter ansprechen als andere. Doch auch Politik muss gelernt sein, wie man aktuell an den Piraten sehen kann. Ich habe meine Erfahrungen auf allen Ebenen, von der Gemeinde bis zum Bund, gemacht.

BioBox: Dr. Maria Fekter begann ihre berufliche Karriere im elterlichen Betrieb Firma Niederndorfer & Co., Kieswerke-Transportbeton, während sie zur gleichen Zeit ihre politische Laufbahn als Mitglied des Gemeinderats von Attnang-Puchheim startete. Die studierte Juristin (Dr. iur.) und Betriebswirtin (Mag. rer. soc. oec.) war ab 1990 Abgeordnete zum Nationalrat und von 1990 bis 1994 Staatssekretärin im Bundesministerium für wirtschaftliche Angelegenheiten. Seit 2007 ist Maria Fekter Landesvorsitzende der Europäischen Frauenunion, seit 2008 Mitglied des Präsidiums des Österreichischen Wirtschaftsverbands und Stellvertretende Bundesparteiobfrau der ÖVP. Die gebürtige Oberösterreicherin war vor ihrer Tätigkeit als Bundesministerin für Finanzen seit 21. April 2011 drei Jahre lang als Bundesministerin für Inneres tätig.

Die Anzahl der diagnostizierten Diabetespatienten in unserem Land wird auf 420.000 geschätzt, in Oberösterreich sollen es ca. 70.000 sein. Allerdings sind etwa 180.000 Österreicher laut der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG) noch gar nicht diagnostiziert. Um auch diese Patientengruppe optimal versorgen zu können, ist es wichtig, noch unerkannte Diabetesbetroffene zu finden und sie in angemessene Betreuungsstrukturen zu integrieren. Dazu wurde von der oberösterreichischen Apothekerschaft ein Pilotprojekt ins Leben gerufen, das Apotheker nach einem strukturierten Prozess in die Beratung und Betreuung von Patienten mit Diabetes einbezieht, indem sie das bestehende Disease-Management-Programm (DMP) „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“ unterstützen. Offizieller Start des Pilotprojekts war der 15. Mai 2012. An den Fortbildungsaktivitäten haben sich bisher 52 Apotheken beteiligt.

die Apotheken nichtärztliche Beratungsleistungen anbieten – insbesondere dort, wo kein an „Therapie aktiv“ teilnehmender Hausarzt zur Verfügung steht. „Vor allem bei Personen mit einem noch nicht hochgradig ausgeprägten Risiko geht es zusätzlich um die Motivation zu einer positiven Lebensstiländerung“, stellt Mag. Dr. Mursch-Edlmayr, Vorstandsmitglied der Österreichischen Apothekerkammer, Koordinatorin des Pilotprojekts der Oberösterreichischen Apothekerkammer und gleichzeitig Vorsitzende der Arbeitsgruppe „Pharmazeutische Betreuung“ auf Bundesebene, fest.

Dokumentationsunterlagen des Projekts

Zur Dokumentation und Erfassung der Untersuchungsergebnisse wurden spezielle Unterlagen erarbeitet, und zwar FINDRISK-Fragebögen, Dokumentationsbögen, EQ-5D-Fragebögen und Pa-

Schulungsprogramm für teilnehmende Apotheker

In einem funktionierenden Gesundheitsnetzwerk können fachkundige Apotheker wertvolle Leistungen in der Betreuung von Diabetikern erbringen. In vielen europäischen Ländern ist dieses Kooperationsmodell zwischen Allgemeinmedizinern und Apothekern an der Tagesordnung. So wurde für teilnehmende Apotheker ein spezielles Schulungsprogramm erarbeitet. „Ziel ist die Schulung der Apotheker zum Zweck einer verbesserten Betreuung von Diabetikern. Der Pilotbetrieb mit den Apotheken bietet die Chance, dass deutlich mehr Patienten für das DMP ‚Therapie aktiv‘ gewonnen werden können“, so Mag. Veitschegger. Die Fortbildungsaktivitäten für Apotheker der Oberösterreichischen Apothekerkammer fanden an mehreren Wochenenden statt. „Ziel der Schulungen war es, den Apothekern auf einer interdisziplinären Ebene den Umgang

Start Pilotprojekt Diabetes in Oberösterreich am 15. Mai 2012



VON MAG. NINA BENNETT, MA

Im Bundesländervergleich ist Oberösterreich in der strukturierten Diabetikerbetreuung absoluter Spitzenreiter. Schon 2004 wurde in diesem Bundesland das „DIALA“-Programm initiiert, das als Reformpoolprojekt von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, der Ärztekammer für Oberösterreich und der Diabetologischen Gesellschaft entwickelt worden war. Im Juli 2011 wechselte man in Oberösterreich zum bundesweiten Disease-Management-Programm (DMP) „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“. „Oberösterreich hat mit 7.300 beteiligten Patienten die meisten Teilnehmer von allen Bundesländern, die strukturiert betreut und deren Behandlungsverläufe dokumentiert werden. Die strukturierte Betreuung von Diabetespatienten ist eine Win-win-Situation: Der Gesundheitszustand der Betroffenen verbessert sich und Spätfolgen der Erkrankung treten weniger häufig auf. Regelmäßige Evaluierungen des Programms zeigten bisher bei allen medizinisch relevanten Parametern wie Blutdruck, Blutfetten und HbA1c Verbesserungen“, so Mag. Thomas Veitschegger, Präsident der Apothekerkammer Oberösterreich.

Das Ziel: die optimale Versorgung von Patienten mit Diabetes

Um Diabetespatienten optimal versorgen zu können, ist das frühzeitige Finden noch nicht diagnostizierter Patienten und deren Zuführung zu einer angemessenen Behandlung wichtig. Durch den Lebensstil und entsprechende Medikamente kann eine gute Blutzuckereinstellung erreicht werden. „Ein wichtiges Ziel ist die Vermeidung oder Verzögerung von Spätfolgen wie Erblindung, Nierenversagen, Nervenschädigungen und diabetischem Fußsyndrom sowie Herzinfarkt und Schlaganfall. Wesentlich sind auch die Verhinderung von Therapie-Nebenwirkungen und die Motivation zur eigenverantwortlichen und aktiven Mitarbeit. Dazu ist eine gezielte Beratung in Bezug auf Lebensstiländerungen in den Bereichen Ernährung, Rauchen und Bewegung notwendig“, erklärt Mag. Monika Aichberger, Vizepräsidentin der Apothekerkammer Oberösterreich.

Aufgaben der Apotheker:

Diabetes-Risikopotenzial abklären und zur Teilnahme am DMP „Therapie aktiv“ motivieren

Oberösterreich beschreitet nun in der Beratung und Betreuung von Diabetes-Typ-2-Patienten einen neuen Weg. Die Landesgeschäftsstelle Oberösterreich der Österreichischen Apothekerkammer hat in Zusammenarbeit mit dem Verein „AM PLUS – Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit“ ein Pilotprojekt zur Unterstützung des Programms „Therapie aktiv“ durch Apotheken erarbeitet. Das Projekt wurde mit allen relevanten Partnern des oberösterreichischen Gesundheitswesens – dem Land Oberösterreich, der OÖGKK, dem Hauptverband, der Ärztekammer, der Österreichischen Diabetesgesellschaft (ÖDG), der oberösterreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (OBGAM), der Selbsthilfe Diabetes und anderen – im Vorfeld abgestimmt.

Das Pilotprojekt sieht für Apotheken drei Handlungsfelder vor. Das erste ist das Auffinden noch nicht diagnostizierter Diabetiker. „Dazu werden in der Apotheke mittels so genannter FINDRISK-Fragebögen Personen mit hohem Diabetes-Risikopotenzial herausgefiltert. Diabetes-Risikopatienten werden anhand des FINDRISK nach klar definierten Kriterien befragt und bei entsprechendem Ergebnis an den Arzt zur weiteren Abklärung verwiesen“, so Mag. pharm. Monika Aichberger zur Vorgehensweise. Zweitens sieht das Pilotprojekt die Unterstützung bei der Motivation und Betreuung von Personen mit diagnostiziertem Diabetes in enger Abstimmung mit dem laufenden DMP „Therapie aktiv“ vor. Dabei geht es um die Anregung zur Teilnahme am Programm. Als dritten Schritt werden

tientenfragebögen. Die Fragebögen können größtenteils von den Kunden selbstständig ausgefüllt werden. Im Schulungsprogramm für die Apotheken wurden alle Unterlagen, deren Handhabung und auch die Gesprächsführung mit den Kunden durchgeübt und erprobt. Um die Wirksamkeit des Projekts beurteilen zu können, wird dieses von der OÖGKK in Zusammenarbeit mit dem österreichweiten Competence-Center und dem oö. Institut für Gesundheitsplanung evaluiert.

mit der Erkrankung Diabetes und der Medikamentenanwendung sowie die Rolle und Aufgaben der Apothekenteams im oberösterreichischen Pilotprojekt zu veranschaulichen. Auch Themen wie Gesprächsführung und Motivation in der Betreuung der Patienten waren Inhalt der Fortbildung. Diese wurde von jeweils einem Vertreter der niedergelassenen und klinischen Ärzteschaft, der niedergelassenen und klinischen Apothekerschaft sowie der Psychologen durchgeführt“, so Mag. pharm. Veitschegger im Rückblick auf die Schulungen.



Mag. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr



Mag. pharm. Thomas Veitschegger



Mag. pharm. Monika Aichberger

„In schwierigen Zeiten Sicherheit geben“

VON MAG. (FH) MARTINA DICK

Die Salzburger Gesundheit liegt in Frauenhänden: Seit Juli 2011 ist Mag. Cornelia Schmidjell in Salzburg Landesrätin für Gesundheit und Soziales. Das Periskop traf sich mit ihr zum Gespräch, um das erste Jahr ihrer Amtszeit Revue passieren zu lassen und mehr über ihre Zukunftspläne zu erfahren.

P: Welche Ziele haben Sie sich als Landesrätin für Gesundheit und Soziales in Salzburg gesetzt?

Schmidjell: Es ist mir ein Anliegen, den Salzburgern im Bereich Gesundheit und Soziales Strukturen vorzuhalten, die ihnen Sicherheit geben. In wirtschaftlich angespannten Zeiten mit einer sich rasant wandelnden Arbeitswelt sollen Leistungen und Einrichtungen zur Verfügung stehen, um die Risiken tragbar zu machen. Dabei ist die Mindestsicherung als universelles Auffangnetz unterhalb der Leistungen der Sozialversicherung ein wichtiger Aspekt. Mit einer Novelle der Mindestsicherung, die wir gerade auf den Weg gebracht haben, unterstützen wir Menschen, die in prekären Arbeitsverhältnissen sehr wenig verdienen. Die Sonderzahlungen, die sie aus ihrer Erwerbstätigkeit erhalten, werden künftig nicht mehr auf die Mindestsicherung angerechnet. So wird die Basisleistung aus der Mindestsicherung erhöht. Der zweite Punkt ist Prävention. Der gleiche Zugang für alle zu unserem Gesundheitssystem und dessen hohe Qualität können nur aufrechterhalten werden, wenn wir mehr für die Prävention tun. Dabei geht es einerseits um die Gesundheitsförderung, die beim gesunden Menschen ansetzt, und andererseits um die Prävention im klassischen Sinn.

P: In Salzburg sind die Ressorts Gesundheit und Soziales vereint. Was sind hier die Vorteile?

Schmidjell: Wir können sehr gut Synergien nutzen. Etwa beim Aspekt „Hilfe zur Selbsthilfe“: Menschen in einer sozialen oder gesundheitlichen Notsituation erhalten Unterstützung, um wieder ein unabhängiges, selbstbestimmtes Leben führen zu können. Das Case-Management verzahnt die einzelnen Schnittstellen im Gesundheits- und Sozialbereich und erstellt einen bedarfsgerechten Versorgungsplan – zum Beispiel für psychisch Erkrankte, die ärztliche und therapeutische Leistungen brauchen, aber auch soziale Dienste. Vor allem für junge Menschen ist es äußerst wichtig, rasch wieder auf die Beine zu kommen.

P: Wie motivieren Sie die Salzburger zur Prävention?

Schmidjell: Je früher wir mit ihr anfangen, desto wirkungsvoller ist sie. Wir beginnen in unserem Gesundheitsprojekt „Baby isst mit“ bei Schwangeren und künftigen Vätern mit der Bewusstseinsbildung für gesunde Ernährung und Körperbewusstsein, um so den Grundstein für die Gesundheit der Kinder zu legen. Zusätzlich haben wir in Salzburg die Elternberatung neu organisiert. Wir möchten Beziehungs- und Entwicklungsstörungen der Kinder möglichst frühzeitig erkennen und umgehend Maßnahmen setzen. So wurde die Elternberatung unmittelbar an die Geburtsstationen angedockt und vernetzt. Die Mitarbeiter gehen aktiv auf die Menschen zu und halten für Mütter und Väter ein vielfältiges Beratungsangebot bereit.

P: Wie sehen Sie die Präventionsmöglichkeiten im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter?

Schmidjell: Wir bieten unseren Bürgern Unterstützung und gute Rahmenbedingungen in allen Lebensabschnitten. Dazu gehört auch die Adipositasvorsorge bei Kindern und Jugendlichen. Hier sehen wir eine flächendeckende Gesundheitsförderung in den Kindergärten und Schulen als das wirkungsvollste Mittel. Derzeit sind wir jedoch mit vielen Gesundheitsrisiken konfrontiert, die wir uns genauer ansehen müssen. Durch den rasanten Wandel der Arbeitswelt und unser schnelllebiges soziales Umfeld sind auch

psychische Erkrankungen massiv im Steigen begriffen. Wir stehen also sehr vielen unterschiedlichen Themen gegenüber. Gemeinsam mit den Sozialpartnern wird mein Ressort Maßnahmen für ein längeres gesundes Arbeiten bis zum gesetzlichen Pensionsantrittsalter umsetzen.

P: Wie könnte dieser Prozess im Bereich psychischer Erkrankungen gestaltet werden?

Schmidjell: Hier kommt erneut das Case-Management ins Spiel. Der Prozess einer psychosozialen Bedarfsplanung hat das Ziel, psychisch Kranke langfristig zu stabilisieren. Das setzt die Vernetzung der wichtigsten Schnittstellen der Versorgung – also Klinik, niedergelassene Allgemeinmediziner, Fachärzte und Institutionen aus dem Sozialsystem – voraus. So stellen wir einen reibungslosen Übergang von einer Behandlungsetappe in die nächste sicher. Wenn eine davon abgeschlossen ist, kommt das nächste Angebot – bis der Patient wieder gefestigt ist. Wir müssen genau planen, wie die Leistungen nach dem Klinikaufenthalt adäquat angeboten werden können und welche Unterstützungen es aus dem Sozialsystem geben kann, um die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess und die Stabilisierung der Wohnsituation zu fördern sowie bei Bedarf punktuelle akutstationäre Hilfe zu gewährleisten.

P: Sie sprachen davon, sich für einen Paradigmenwechsel einzusetzen, damit die Ausgaben für Gesundheit und Soziales nicht nur als Kostenfaktor, sondern als produktive Investition in den Wirtschaftsstandort Salzburg gesehen werden. Wie wollen Sie das erreichen?

Schmidjell: Ich finde es unerträglich, wie Ausgaben für Gesundheit und Soziales in dieser wirtschaftlich schwierigen und von Reformen geprägten Zeit als etwas zu Vermeidendes abgetan werden. Ihr volkswirtschaftlicher Nutzen wird vollkommen ausgeblendet, dabei sind sie durchaus Wohlstand stiftend. Fast jede Investition in Gesundheit und Soziales schafft Arbeitsplätze. Durch Einkommen und Nachfrage werden wiederum Zahlungen in die Sozialversicherungs- und Steuertöpfe generiert. Gerade in schwierigen Jahren weisen die Sektoren Gesundheit und Soziales einen Beschäftigungszuwachs auf! Auch ein Spital stellt einen nicht zu unterschätzenden Wirtschaftsfaktor dar. Die Salzburger Landeskliniken (SALK) sind Salzburgs größter Arbeitgeber – und vergessen Sie nicht die hier erzielte Umwegrentabilität. Im Bereich Soziales gibt es eine zunehmende Ausdifferenzierung von Berufen in der Langzeitpflege. Hier sind neben diplomierten Pflegekräften viele gut ausgebildete Leute wie zum Beispiel Altenfachbetreuer tätig. Dieser gesamtgesellschaftliche Nutzen muss stärker bewusst gemacht werden.

P: Wie schätzen Sie die aktuellen Bemühungen und Fortschritte der Gesundheitsreform ein?

Schmidjell: Wir sind auf dem richtigen Weg. Das System kann nicht von einem Tag auf den anderen geändert werden. Positiv ist, dass die Maßnahmen zu mehr Verbindlichkeit führen, so dass die Kooperation der einzelnen Sektoren und Financiers in gemeinsamen Zielen münden muss. Im Zuge der Reform wurde von den eingesetzten Gremien hinsichtlich der Leistungserbringung im intra- und extramuralen Bereich eine gute Basis für mehr Datentransparenz gelegt. Ein Quantensprung wäre es noch, wenn sich die Ziele am Bedarf der Patienten orientieren würden. Es sind sich ja alle einig, dass auch die beste Reform ohne die exakte Festlegung von Zielen, die quantifizier- und messbar sind, nichts nützt.

P: Intra- versus extramuraler Bereich: Werden die Leistungen dort erbracht, wo sie für die Betroffenen am wichtigsten sind und wo

sie darüber hinaus ökonomische Vorteile bringen? In der Nieren-erhaltungstherapie etwa bringen Hämo- und Peritonealdialyse unterschiedliche Vorteile für die Patienten und das System. Wo sehen Sie hier Optimierungspotenzial?

Schmidjell: Wir wissen, dass die stationären Strukturen die teuren sind. Dennoch halten wir in Österreich an einer hohen Bettendichte fest. Ich denke, hier können wir gut optimieren. Dabei muss immer der Nutzen für die Patienten im Mittelpunkt stehen. Für Salzburg wurde der Regionale Strukturplan in Auftrag gegeben, über dessen Umsetzung ab Sommer verhandelt wird. Verschiebungen und Adaptierungen wird es auf jeden Fall geben müssen. Bedingt durch die demografische und epidemiologische Entwicklung, verändern sich sowohl der gesamte als auch der regionale Bedarf. Für die Leistungsanbieter ist es eine große Herausforderung, ihre Strukturen entsprechend zu ändern. Es geht uns nicht darum, ganze Abteilungen aufzulassen oder Mitarbeiter freizusetzen, sondern um notwendige Anpassungen und Verlagerungen, um die Ressourcen bedarfsgerecht einzusetzen. Es braucht aber auch Verschiebungen zwischen dem intra- und dem extramuralen Bereich. Im Mittelpunkt steht die Frage, wo eine Leistung am besten zu kostengünstigen Konditionen in der richtigen Qualität erbracht werden kann. Und dann folgt das Geld der Leistung. Das funktioniert nur, wenn zuvor gemeinsame verbindliche Ziele implementiert werden.

P: Wie kann die Qualität im Gesundheitssystem langfristig gesichert werden?

Schmidjell: Das hat natürlich auch damit zu tun, wie effizient die zur Verfügung stehenden Mittel eingesetzt und welche Ergebnisse dabei erzielt werden. Ich denke, dass einerseits frühe und richtige Interventionen Kosten sparen und einen großen volkswirtschaftlichen Nutzen bringen. Auch der aktuelle Weg, Qualitätskriterien im Gesundheitswesen einzuführen, ist richtig. Das muss künftig in allen Bereichen geschehen, nicht nur in Spitälern. Es braucht auch vermehrt Behandlungs-Guidelines, die durch das System führen, um beste Ergebnisse zu erzielen. Bei Diabetes gibt es erste Ansätze, aber auch für andere chronische Krankheiten sind Disease-Management-Programme (DMPs) nötig.

P: Die Menschen werden immer älter, und das bei immer besserer Gesundheit. Sind wir in Zeiten schwindender familiärer Strukturen darauf vorbereitet?

Schmidjell: Unsere Aufgabe ist es, gesundes Älterwerden für alle sozialen Schichten als wichtiges Handlungsziel zu definieren. Die Gesundheitsförderung soll in jungen Jahren beginnen und die Bürger über ihr Arbeitsleben bis ins hohe Alter begleiten. Wer länger gesund arbeiten kann, lebt auch länger pflegefrei. Länger gesund arbeiten zu können wird künftig enorm bedeutsam sein, und es gilt diesen Aspekt bereits jetzt in der Arbeitswelt stärker zu berücksichtigen. Als wichtige Säulen sehe ich dabei einerseits die Gesundheitsförderung und andererseits die Weiterbildung – und zwar das ganze Erwerbsleben lang. Als dritten Bereich müssen Unternehmen endlich beginnen, auch in der Arbeitswelt die Erfahrungswerte unserer älteren Mitmenschen zu schätzen. Der aktuelle Fachkräftemangel kann hierfür als eine Art Motor betrachtet werden, um ein Modell des Miteinanders von Jung und Alt zu erarbeiten. Klar ist für mich auch, dass Firmen, die einen besonders großen Verschleiß an jungen Arbeitskräften haben und bei denen es sehr hohe Raten an gesundheitsbedingten Frühpensionierungen gibt, über Instrumentarien wie höhere Beitragsleistungen zu einer Änderung ihrer Unternehmenspolitik veranlasst werden sollen.

P: Wenn Sie einen Wunsch hinsichtlich des Gesundheitssystems frei hätten, wie würde dieser lauten?

Schmidjell: Das bringt mich zurück zum erwähnten Paradigmenwechsel. Ich halte es für besonders wichtig, künftig nicht nur auf die Krankheiten zu starren, sondern auch und vor allem auf die Gesundheit und die auf uns zukommenden neuen Gesundheitsrisiken zu achten. Dabei soll „health in all policies“ nicht nur ein schönes Schlagwort bleiben, sondern auch gelebt werden. Ich wünsche mir einen Sozial- und Gesundheitscheck für die Entscheidungen aller Ressorts, sozusagen eine Art „Umweltverträglichkeitsprüfung“ vor geplanten maßgeblichen Gesetzesänderungen. Sie soll testen, welche sozialen oder gesundheitlichen Auswirkungen eine Änderung hat.

BioBox:

Cornelia Schmidjell ist seit Juli 2011 Landesrätin für Gesundheit und Soziales. Die gebürtige Oberösterreicherin studierte in Salzburg Rechtswissenschaften und trat 1988 als Juristin in die Dienste der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Salzburg. Sie arbeitete von 1989 bis 1998 im Prozessschutzreferat. Von 1999 bis 2003 war sie Leiterin des Referats für Arbeitsrecht sowie stellvertretende Leiterin der Rechtsabteilung. Von 2004 bis zu ihrem Amtsantritt zur Landesrätin leitete Mag. Cornelia Schmidjell die Abteilung Sozialpolitik der Arbeiterkammer Salzburg.



„Jeder Patient verdient die für ihn beste Versorgung“

VON MAG. NINA BENNETT, MA

Um einem nephrologischen Patienten die für ihn am besten geeignete Versorgung zukommen zu lassen, ist eine detaillierte medizinische Aufklärung durch den behandelnden Mediziner notwendig. Im Periskop-Interview spricht Univ.-Prof. Dr. Alexander Rosenkranz über die Ziele des Weltnerentags 2012, die nephrologische Infrastruktur in Österreich und das Schnittstellenmanagement zwischen dem niedergelassenen Bereich und den Spitälern in der Steiermark.

P: Sie sind seit Februar 2011 Leiter der Klinischen Abteilung für Nephrologie an der Universitätsklinik für Innere Medizin Graz. Welche sind Ihre langfristigen Ziele in dieser Funktion?

Rosenkranz: In der Klinischen Abteilung für Nephrologie der Universitätsklinik für Innere Medizin Graz beschäftige ich mich neben Besprechungen zum Krankheitsverlauf der Patienten, Berichten und Erläuterungen zu den Neuaufnahmen mit persönlichen Stationsvisiten, gremialer Arbeit in der Universität sowie der Koordination und Durchführung von Wissenschaft und Lehre. Zusammengefasst verrete ich die Nephrologie an der medizinischen Universität Graz hinsichtlich Klinik, Lehre und Forschung. In meiner Funktion ist der regelmäßige Austausch mit den Mitarbeitern der Abteilung wichtig. Mein langfristiges

Ziel ist die Verbesserung der Reputation der Abteilung in der Öffentlichkeit. Daher gilt es, auf eine positive Präsentation nach innen und außen zu achten. Die Förderung der Transplantation ist mir ein großes Anliegen, da unsere Klinik ihr Potenzial in diesem Bereich im Vergleich zu anderen österreichischen Zentren noch nicht vollends ausschöpfen konnte. Dies umfasst auch, die Anstrengungen um die Lebendspende zu fördern. Auch auf die wissenschaftliche Forschung und die Fortbildung wird besonderer Wert gelegt. Die Aufklärung der Patienten im Hinblick auf die Möglichkeiten der Nierenersatztherapie nimmt einen besonderen Stellenwert ein. Die drei Verfahren – Hämodialyse, Peritonealdialyse und Nierentransplantation – sind gleichwertig, doch nicht jede dieser Methoden ist für jeden Patienten geeignet. Um eine individuelle Entscheidung treffen zu können, ist es wichtig, den Patienten zu erklären, wie die drei Verfahren funktionieren, und sie darin zu beraten, welches in ihrem bestimmten Fall geeignet ist. Jeder Patient verdient die für ihn beste Versorgung, und dazu ist eine entsprechende medizinische Aufklärung unabdingbar.

P: Die Menschen sind sich der Häufigkeit und der Auswirkungen von Nierenerkrankungen und der damit verbundenen gesundheitlichen Probleme meist nicht bewusst. Am 8. März hat der Weltnerentag 2012 unter dem Motto „Ja zur Organspende“ stattgefunden. Was war sein Ziel?

Rosenkranz: Wir haben heuer erstmals mit Unterstützung der KAGES im Rahmen des Weltnerentags einen „Tag der offenen Tür“ an unserer Klinik initiiert. Dessen Ziel war, einerseits die Möglichkeit zum Screening von Nierenerkrankungen sowie persönliche kostenlose Beratung zu bieten und andererseits das Motto des



„Partnerschaften mit Allgemeinmedizinern zur Förderung von Früherkennung und Vorsorge von Nierenerkrankungen sind sehr wichtig.“

Weltnerentags 2012, nämlich „Lebendspende“, bekannt zu machen. Die Nierenambulanz war für Betroffene und Interessierte ganztägig geöffnet. Im Zuge dessen wurden Basisuntersuchungen sowie umfassende Beratung zu Nierenerkrankungen angeboten. Die fast sechzig Besucher der Veranstaltung konnten kostenlos an Schulungen teilnehmen, bei welchen die unterschiedlichen Verfahren vorgestellt und im Detail erläutert wurden. Zudem wurde die Dialyse in der Ambulanz vorgeführt und die genaue Funktionsweise erklärt. Am Abend fand unter dem Ehrenschutz von Landesrätin Mag. Kristina Edlinger-Ploder ein Patientenvortrag zu den Themen Voruntersuchungen zur Nierentransplantation und Lebendspende statt. Zum Abschluss konnten sich die Gäste an einem nierengesunden Buffet bedienen, bei dem sie ihre persönlichen Anliegen gesondert mit den Ärzten besprechen konnten.

P: Wie beurteilen Sie die nephrologische Infrastruktur in Österreich?

Rosenkranz: Die nephrologische Infrastruktur in Österreich ist prinzipiell auf einem guten Weg, aber dennoch verbesserungswürdig. Die Versorgung ist zwar in den Zentren ausgezeichnet, wobei hier auch lediglich auf Dialyse spezialisiert und – je nach Haus mehr oder weniger – auf Transplantation ausgerichtet. Alle anderen Bereiche werden zu wenig bzw. nicht entsprechend abgedeckt. Das größte Problem ist die unzureichende Versorgung im niedergelassenen Bereich, da es für einen Nephrologen keine Anreize gibt, sich niederzulassen.

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

Rosenkranz: Die Niedergelassenen beklagen sich zu Recht dar-



über, dass ihre Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion keinen Termin in einer nephrologischen Spezialambulanz bekommen, da diese mit Dialyse- und Transplantationspatienten überlaufen sind. Hier sind die Kapazitäten derzeit zu stark beschränkt. Zusätzlich wurde letztes Jahr mittels einer Studie an einer internistischen Abteilung im Land festgestellt, dass über fünfzig Prozent der Patienten mit einer Nieren-

funktioneinschränkung oft gar nicht erkannt werden. Hier fehlt leider noch viel zu sehr die Awareness, neben anderen Messungen auch die Nierenfunktion zu testen. Allerdings ist dies kein ausschließlich österreichisches Phänomen, sondern weltweit anzutreffen.

P: Wie kann aus Ihrer Sicht die Früherkennung bei einer Reduktion der Nierenfunktion stärker forciert werden?

Rosenkranz: In den letzten Jahren haben die Awareness für und die Aufklärung über Nierenerkrankungen durch die Medienberichterstattung und entsprechende Fortbildung stark zugenommen. Über vierzig Prozent der über Siebzigjährigen haben eine eingeschränkte Nierenfunktion. Da die Erkrankung keine Schmerzen verursacht, fällt sie nicht gleich auf. Zur flächendeckenden Schaffung von Aufmerksamkeit für Nierenerkrankungen können zum Beispiel publikumswirksame Veranstaltungen einen wesentlichen Beitrag leisten.

P: Weshalb wird die Peritonealdialyse (PD) in Österreich zahlenmäßig weniger in Anspruch genommen als die Hämodialyse?

Rosenkranz: In erster Linie ist zu prüfen, welche Möglichkeit der Nierenersatztherapie für welchen Patienten infrage kommt. Das ist in der Regel eine individuelle Entscheidung des Patienten unter

medizinischer Beratung des Arztes. Die PD ist in manchen Gegenden eine Notwendigkeit, beispielsweise in Flächenstaaten wie Mexiko oder Kanada.

Aufgrund der weiten Strecken, die in diesen Ländern zwischen Wohnort und Krankenhaus zurückgelegt werden müssen, stellt sie dort oft die einzige Möglichkeit für eine Nierenersatztherapie dar. Genauso wie nicht alle Patienten nierentransplantiert werden können – etwa wegen der Schwere von Begleitkrankheiten wie koronarer Herzerkrankung –, können nicht alle Betroffenen mittels PD behandelt werden. Hier gibt es neben der Krankengeschichte und persönlichen Präferenzen des Betroffenen natürlich auch immer noch das Problem der für beide Seiten – sowohl den Arzt als auch den Patienten – zeitaufwendigen Aufklärung. Ich bin in der Steiermark in der glücklichen Lage, dass ich eine zusätzliche Arztstelle für den Ausbau der Peritonealdialyse zur Verfügung gestellt bekommen habe und somit in meinem Bundesland einen signifikanten PD-Anteil stellen kann.

P: Existieren zur Förderung von Früherkennung und Vorsorge von Nierenerkrankungen Partnerschaften mit Allgemeinmedizinern?

Rosenkranz: Partnerschaften mit Allgemeinmedizinern zur Förderung von Früherkennung und Vorsorge von Nierenerkrankungen sind sehr wichtig. Es existiert beispielsweise das Projekt „Nephrologische Grundversorgung“ in der Steiermark, das zum Ziel hat, Allgemeinmediziner in die Früherkennung und Behandlung eingeschränkter Nierenfunktion einzubeziehen. Obwohl es noch Verbesserungspotenzial aufweist, wird seitens unseres Bundeslandes damit zumindest ein wichtiger Grundstein für die Prävention gelegt.

BioBox:

Seit Februar 2011 ist Univ.-Prof. Dr. Alexander R. Rosenkranz Leiter der Klinischen Abteilung für Nephrologie an der Universitätsklinik für Innere Medizin Graz. Zuvor war der Gewinner zahlreicher Wissenschaftspreise zehn Jahre lang Stationsführender Oberarzt der Klinischen Abteilung für Nephrologie an der Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Innsbruck, und hat einen Großteil seiner Ausbildung an der Abteilung für Nephrologie und Dialyse der Universitätsklinik für Innere Medizin III in Wien absolviert. Nach seinem zweijährigen Forschungsaufenthalt an der Harvard Medical School in Boston (USA) und seiner Habilitation für Innere Medizin im Jänner 2001 wurde er im Oktober desselben Jahres zum a.o. Universitätsprofessor für Innere Medizin ernannt. Univ.-Prof. Dr. Rosenkranz ist Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Nephrologie und Repräsentant für Österreich im Eurotransplant Kidney Advisory Committee (ETKAC).

„Frischer Wind in der NÖGKK“

VON MAG. NINA BENNETT, MA



NÖGKK
NÖ Gebietskrankenkasse
Wir versorgen Sie!

Die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse (NÖGKK) nimmt bereits heute eine Vorreiterrolle in einigen Bereichen ein. Im Periskop-Interview spricht Mag. Jan Pazourek über seine Funktion als Generaldirektor der NÖGKK und über die Pläne der Krankenkasse in Bezug auf die Gesundheitsförderung.

P: Sie sind seit 1. September 2011 Generaldirektor der NÖGKK. Welche Ziele haben Sie sich im Kassenwesen Ihres Bundeslandes gesetzt und vor welchen großen Herausforderungen stehen Sie?

Pazourek: Meine Bestellung zum Generaldirektor der NÖGKK war durchaus ungewöhnlich. Es ist ja äußerst unüblich, jemanden, der zuvor nicht im Hause tätig war, mit dieser verantwortungsvollen Aufgabe zu betrauen. Mittlerweile habe ich mit allen internen und externen Gruppen der NÖGKK ein hervorragendes Verhältnis. Auch menschlich wurde ich gut aufgenommen – darüber freue ich mich sehr. Bei einem so gut bestellten Haus wie diesem sehe ich es als meine Pflicht an, auch auf die Schwächen sehr genau zu achten und die notwendigen internen Änderungen bei der Geschäftseinteilung, den Abläufen und dem Informationsfluss vorzunehmen. Ich habe das im ersten halben Jahr durchgeführt, was sehr wohlwollend aufgenommen wurde. Denn bei allem frischen Wind ist es mir besonders wichtig, sorgfältig auf das Feedback der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu achten. Nachdem wir eine soziale Krankenversicherung mit einem gemeinwirtschaftlichen Charakter sind, steht nicht die Gewinnerorientierung im Vordergrund, sondern das Leistungsangebot für die Bevölkerung bei möglichst ausgeglichenen und transparenten Finanzen. Der Blick auf Letztere ist wesentlich, damit wir uns finanzielle Spielräume schaffen können, um die Gesundheitsleistungen für unseren Versichertenkreis auszubauen. Dieser Spagat ist die große Herausforderung für eine soziale Krankenversicherung.

P: Welchen konkreten Themenbereichen wird sich die NÖGKK in nächster Zeit widmen? Welche davon liegen Ihnen besonders am Herzen?

Pazourek: Es ist wichtig, unnötige Leistungen zu vermeiden, um dieses Geld in andere Bereiche – wie etwa in die Kinder- und Jugendpsychiatrie – zu investieren. Speziell für dieses Sonderfach gab es nämlich bis vor Kurzem keine Kassenverträge. So hat die NÖGKK als erste Gebietskrankenkasse mit der Ärztekammer einen Tarifkatalog und ein flächendeckendes Konzept für Kinder- und Jugendpsychiatrie erstellt. Darin wurde aufgezeigt, welche Arbeitsplätze in welcher Region zur Gewährleistung einer adäquaten Versorgung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie benötigt werden. Die ersten vier Stellen haben wir bereits besetzt. Beim Thema Kindergesundheit liegen uns außerdem die Schwerpunkte Kinderernährung, Bewegung und schulische Gesundheitsförderung am Herzen. Auch bei der Umsetzung der Gesundheitsreform werden wir federführend sein. Wir wollen das erste Bundesland sein, das die kommenden

neuen Vereinbarungen umsetzt. Schließlich ist für uns auch das Thema Ökologie in der Sozialversicherung äußerst relevant. Als große öffentliche Institution sind wir dazu aufgerufen, unseren Beitrag zu mehr Nachhaltigkeit zu leisten.

P: In welchen Bereichen nimmt die NÖGKK bereits heute eine Vorreiterrolle im österreichischen Gesundheitswesen ein?

Pazourek: Die NÖGKK war bereits in der Vergangenheit in einigen Bereichen Themenführer in der Familie der Krankenkassen. Grundsätzlich halte ich es für sinnvoll, dass eine Kasse gewisse Lösungen für alle anderen bereitstellt, damit an einer Thematik nicht neunmal gearbeitet werden muss. Folglich bilden wir in den Kassen so genannte Competence Center für diverse Anliegen. Das Competence Center für das Kinderbetreuungsgeld etwa hat die NÖGKK. So sind wir in Niederösterreich der erste Ansprechpartner für alle Neuerungen hinsichtlich des Kinderbetreuungsgeldes. Ein zweites Beispiel ist das Competence Center für den Krankentransport und das Rettungswesen. Die Aufgaben reichen hier vom Krankentransport mittels Hubschrauber bis hin zu jenem für Dialysepatienten. Wir sind auf diesem Gebiet Serviceleister für alle Krankenkassen. Ein weiteres Feld, in dem wir sehr effektiv tätig waren, ist die Tabakprävention. Das Rauchertelefon ist ein Service der NÖGKK – alle anderen Gebietskrankenkassen sind Mitglied. Klinische Psychologinnen betreuen telefonisch Menschen, die mit dem Rauchen aufhören möchten. Für jene Raucher, die dabei aktiv nach Unterstützung suchen, ist diese Maßnahme im Vergleich zu anderen Interventionsmustern äußerst effektiv. Wir werden hier auch weiterhin verstärkt Akzente setzen. Das sind drei Beispiele für die Innovationskraft und Themenführerschaft der NÖGKK.

P: Was sind die Besonderheiten in der niederösterreichischen GKK im Vergleich zur Wiener GKK?

Pazourek: Die Wiener und die niederösterreichische Krankenkasse unterscheiden sich insbesondere in der Betriebskultur und der Art und Weise, wie sie im Hinblick auf Prioritäten und Prozesse agieren. Bei beiden Kassen gibt es Bereiche, in denen sich die jeweils andere Kasse etwas abschauen kann. Zudem unterscheiden sich die Rahmenbedingungen in einem urbanen Ballungsraum natürlich eklatant von jenen in einem rural geprägten Flächenbundesland. Das betrifft vor allem die medizinische Angebotsstruktur und ihre Arbeitsteiligkeit, aber auch die Inanspruchnahmestruktur in der Bevölkerung. Niederösterreich ist das flächenmäßig größte Bundesland. Die NÖGKK benötigt daher ein höheres Maß an personellen Ressourcen, um mit ihren Angeboten nicht nur an einem Ort, sondern flächendeckend auftreten und eine niederschwellige Versorgung gewährleisten zu können.

„In der Gesundheitsförderung braucht man einen langen Atem, da Verbesserungen nicht von heute auf morgen zu erkennen sind.“

PROJEKTE DER NÖGKK

Kindergesundheit

- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Kinderernährung
- psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen
- Kinderbewegungstage für Schulen
- schulische Gesundheitsförderung

Seniorgesundheit

- Seniorenmesse „Bleib aktiv“
- Gesund & aktiv ins Alter: Generation fit +

Mentale Gesundheit

- Vorträge und Schnupperkurse zum Thema mentale Gesundheit

Betriebliche Gesundheitsförderung

Bewegung und Ernährung

- „Bewegungskaiser“
- „Rücken fit“ – Rückenschulungsprogramm
- Schlank mit der NÖGKK

Raucherentwöhnung

- Das Rauchertelefon

P: Welche Pläne verfolgt die NÖGKK in Bezug auf die Gesundheitsförderung?

Pazourek: Die Gesundheitsförderung in der Sozialversicherung ist im Vergleich zum kurativen Bereich ein relativ neues Arbeitsfeld. Die NÖGKK hat in den letzten Jahren regionale Programme und Modelle zu unterschiedlichen Schwerpunkten entwickelt, erprobt und erfolgreich umgesetzt. Kürzlich hat die NÖGKK ein strategisches Konzept für Gesundheitsförderung erarbeitet und ein korrespondierendes Fünf-Jahres-Umsetzungskonzept samt einem Budget von 17 Mio. Euro beschlossen. Das bedeutet eine Aufstockung der Mittel um rund fünfzig Prozent und signalisiert den hohen Stellenwert, den wir diesem Bereich – getreu unserem Motto „wir versorgen Sie“ – beimessen. Die NÖGKK hat im letzten Jahr über 250 Veranstaltungen im Bereich der Gesundheitsförderung in allen Landesteilen angeboten. Rund 21.000 Besucher nutzten unsere Info-Abende, Workshops und Symposien, um sich Tipps für ihre Gesundheit zu holen. Schwerpunkte des diesjährigen Programms sind Aktionen zum Thema Gesundheitsförderung und Cyberspace sowie die Themen Bewegung, Ernährung und psychosoziale Gesundheit. Ebenso wird wieder auf die gesundheitsgerechte Gestaltung des Lebensumfelds abgezielt. In der Gesundheitsförderung braucht man einen langen Atem, da Verbesserungen nicht von heute auf morgen zu erkennen sind.

BioBox: Mag. Jan Pazourek war von 1988 bis 1996 wissenschaftlicher Projektkoordinator am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) und von 1997 bis 2000 im Ministerbüro des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales unter Sozialministerin Lore Hostasch unter anderem für die Spitalsfinanzierung zuständig. Danach wechselte der ausgebildete Soziologe in die Wiener Gebietskrankenkasse, in der er ab 2009 die Funktion des stellvertretenden Generaldirektors innehatte. Seit 2011 ist er Generaldirektor der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse.

Der aktuelle Status der Opioid-Erhaltungstherapie: Eine Befragung von Ärzten, Patienten und Opioidkonsumenten

MAG. NINA BENNETT, MA

Obwohl die Opioid-Erhaltungstherapie inzwischen als effektivste Intervention zur Reduktion von Schäden im Zusammenhang mit Opioidabhängigkeit und zur Verbesserung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens der Patienten anerkannt ist, gestalten sich Zugang und Qualität der Behandlung in verschiedenen europäischen Ländern sehr uneinheitlich. Die Behandlungssysteme in Europa balancieren zwischen der Notwendigkeit, die Verfügbarkeit und den Zugang zur Therapie zu maximieren, und angemessenen Sicherheitsvorkehrungen, um mögliche Schäden zu minimieren. Zudem ist es ein Anliegen, die Behandlungsqualität zu optimieren. Im Periskop-Interview spricht Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer, Leiterin der Drogenambulanz, Suchtforschung und -therapie der Medizinischen Universität Wien, über die Ziele und Ergebnisse der aktuellen Studie „Project Access Austria“, einer Umfrage zum aktuellen Status der Opioid-Erhaltungstherapie in Österreich.

P: Frau Prof. Fischer, Sie sind die Leiterin der Drogenambulanz, Suchtforschung und -therapie der Medizinischen Universität Wien. Wie ist die aktuelle Lage der Opioid-Erhaltungstherapie in Österreich?

Fischer: In Österreich haben in der Vergangenheit mehrere wichtige Faktoren die aktuelle Politik und Praxis der Förderung der Behandlung von Opioidabhängigkeit beeinflusst. 2009 haben hierzulande insgesamt 13.460 Personen eine

„Grundsätzlich zeigte sich, dass der Großteil der Patienten psychosoziale Beratung als (eher oder sehr) hilfreich bewertete.“

Opioid-Erhaltungstherapie bekommen, das sind etwa 36 Prozent der geschätzten opiatabhängigen Patienten. Während die Zahl der Patienten stetig steigt, bleibt die Anzahl der Ärzte, die diese Therapie anbieten, konstant. In einigen Bundesländern kommt es durch die demografische Verschiebung sogar zu bedrohlichen medizinischen Versorgungsengpässen. Suchttherapie wird in Österreich meist auf ambulanter Basis zur Verfügung gestellt, neben Allgemeinmedizinern in erster Linie durch Beratungsstellen. Die Mehrzahl der Betroffenen müsste aber durch die Schwere der psychiatrischen Erkrankung von Psychiatern mitbetreut oder in einer qualitätsgesicherten multiprofessionellen Spezialeinrichtung im Rahmen von Spitälern (Krankenanstaltengesetz) versorgt werden. In allen neun Bundesländern wurden Suchtbehandlungsstrategien entwickelt und Drogenkoordinatoren nominiert, die auf regionaler Ebene für die Koordination der Drogentherapie zuständig sind. Auf nationaler Ebene wurde die Koordination der Strategien in das Ministerium für Gesundheit eingebettet. Derzeit gibt es allerdings in Österreich – als einem der wenigen Länder in der EU – keine nationale Drogen-/Suchtstrategie. Für die Opioid-Erhaltungstherapie existieren weiters keine nationalen Richtlinien, das führt zu großen Auffassungsunterschieden hinsichtlich Qualität und Verfügbarkeit.

P: Sie sind Autorin einer aktuellen Studie mit dem Titel „Project Access Austria“ zum derzeitigen Status der Opioid-Erhaltungstherapie in Österreich. Was war das Ziel dieser Befragung von Ärzten, Patienten und Opioidkonsumenten?

Fischer: „Project Access Austria“ ist eine europaweit durchgeführte Umfrage mit dem Ziel, ein besseres Verständnis für die Einstellungen und Erfahrungen von Ärzten, Patienten und Anwendern in Bezug auf die Opioid-Erhaltungstherapie zu erhalten. Eine kombinierte Analyse der Daten von mehr als zehn europäischen Ländern, das so ge-

nannte „European Quality Audit of Opioid Treatment (EQUATOR)“, wird im Jahr 2013 veröffentlicht werden. Die aus dieser Studie erhobenen Daten werden einen Einblick in das aktuelle Behandlungssystem bereitstellen und aufzeigen, inwiefern aktuelle politische Ansätze oder Behandlungsansätze verbessert werden könnten.

P: Was sind die besonderen Erkenntnisse dieser Studie? Worin unterscheidet sich Österreich von anderen Ländern und wo liegen die künftigen Herausforderungen?

Fischer: Die Ergebnisse der Studie zeigen auf, dass beim Zugang zur Behandlung starke regionale Unterschiede existieren. In Kärnten und der Steiermark war der Zugang zur Behandlung, also das Auffinden eines Arztes, der Opioid-Erhaltungstherapie anbietet, am leichtesten. Demgegenüber gestaltete sich der Zugang in Tirol am schwersten. Das Bewusstsein und Wissen über Medikamente der Opioid-

Methadon, Buprenorphin und retardierte Morphine wurden öfter missbräuchlich verwendet. Durch die Tatsache, dass sich insbesondere retardierte Morphine als missbrauchsanfällig erwiesen, mussten die meisten Patienten diese Medikamente zunehmend unter Beobachtung von Ärzten oder Pharmazeuten einnehmen.

P: Welche Medikamente werden zur Opioid-Erhaltungstherapie am häufigsten verwendet?

Fischer: Auf klinischer Ebene ist Österreich im Vergleich zu anderen europäischen Ländern in Bezug auf die Verschreibung der Medikamente für die Opioid-Erhaltungstherapie außergewöhnlich. Retardierte Morphine sind heute die am häufigsten verwendeten Medikamente. Im Jahr 2009 stieg der Anteil der Verschreibungsraten für retardierte Morphine, während die Verschreibungsraten für Methadon und Buprenorphin deutlich zurückgingen. Aus diesen Gründen ist es besonders wichtig, das klinische Profil von retardierten Morphinen auch im Hinblick auf ihr Missbrauchspotenzial und ihre klinischen Resultate aufzuzeigen. Eine besondere Problematik besteht in der Zusatzkonsumproblematik mit – auch verschriebenen – Benzodiazepinen.

P: Was zeigt die Studie zum Wunsch nach psychosozialer Betreuung?

Fischer: Die Inanspruchnahme der psychosozialen Beratung war mittelmäßig stark ausgeprägt, denn nur jeder vierte Befragte gab an, eine solche Form der Betreuung zu erhalten. In Wien war der Anteil der Patienten, die Beratung in Anspruch nehmen, geringer als in anderen Regionen. Grundsätzlich zeigte sich, dass der Großteil der Patienten psychosoziale Beratung als (eher oder sehr) hilfreich bewertete.

P: Welche Ergebnisse liefert die Studie zur Zufriedenheit mit der Behandlung?

Fischer: Mit dem Erfolg ihrer Therapie waren 38 Prozent der Patienten sehr und 45 Prozent ziemlich zufrieden. Den höchsten Grad an Zufriedenheit hatten Patienten unter Buprenorphin-Naloxon, gefolgt von Buprenorphin.



DIE STUDIE „PROJECT ACCESS AUSTRIA“

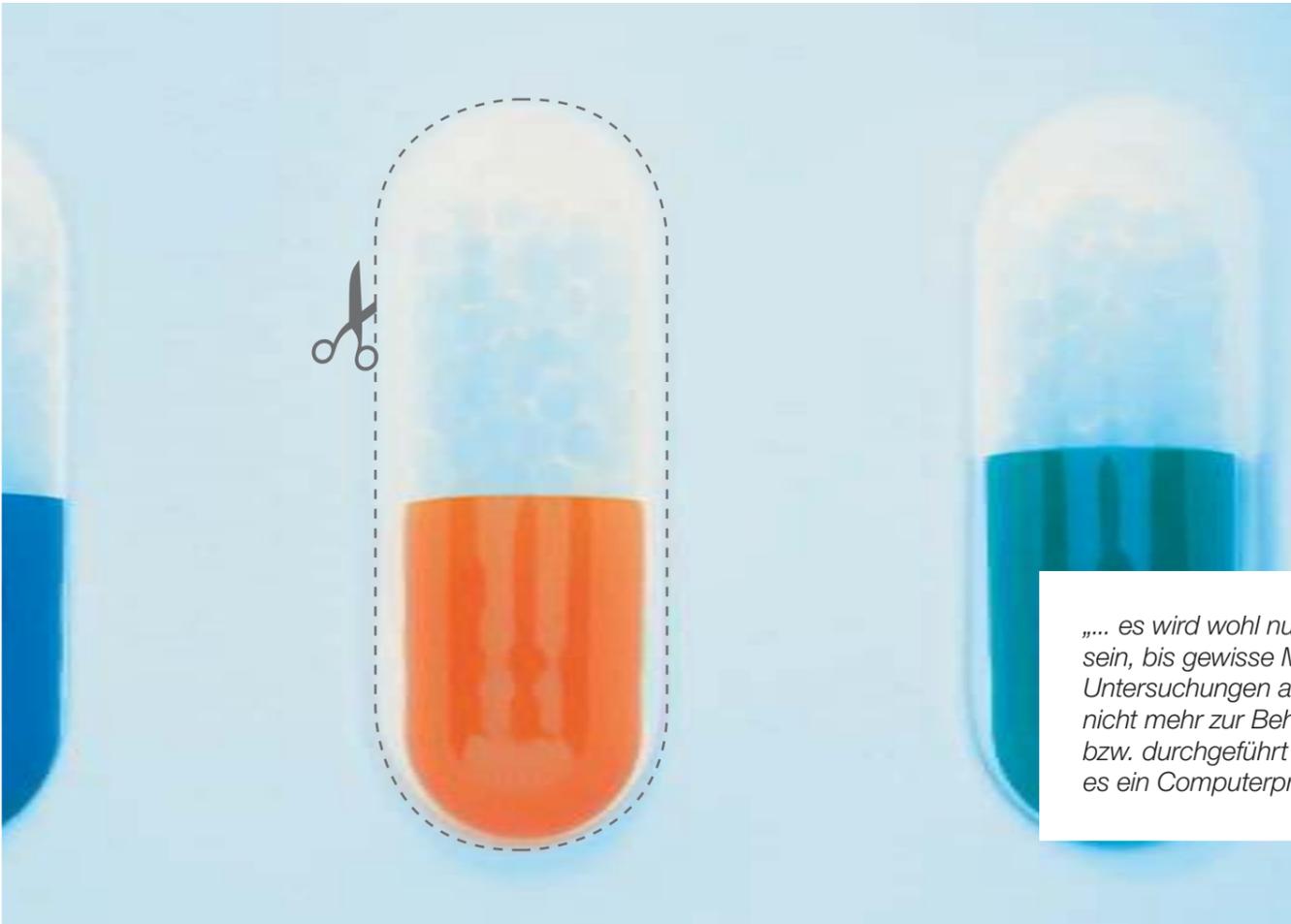
Die Interviews wurden mit 77 behandelnden Ärzten durchgeführt, davon waren 64 Prozent Hausärzte und ein Drittel Psychiater. Durchschnittlich boten die Befragten die Opioid-Erhaltungstherapie (OET) seit zwölf Jahren an und betreuten zum Zeitpunkt der Befragung durchschnittlich 16 Patienten. Die Mehrheit der befragten Patienten in Opioid-Erhaltungstherapie (68 Prozent) und Konsumenten ohne Therapie (76 Prozent) war männlich. Sich in Opioid-Erhaltungstherapie befindende Patienten waren durchschnittlich 32 Jahre alt, während die Konsumenten ohne Therapie deutlich jünger, durchschnittlich 26 Jahre alt, waren.



VON ÄRZTEKAMMERPRÄSIDENT MR DR. WALTER DÖRNER

Ökonomisierung der Medizin – sind wir am richtigen Weg?

Die heutige Medizin steht immer mehr in einer – verhängnisvollen(?) – Wechselbeziehung mit der Ökonomie. Das liegt zum einen an den demografischen Entwicklungen, aber auch an den von den Menschen gestellten Anforderungen. Denn wir leben immer länger, aber nicht immer gesund. Und wenn wir einmal krank werden, fordern wir geradezu eine (zeit)ökonomische, effiziente Behandlung. Die Versorgung wird zur austauschbaren Ware, ebenso wie die Gesundheit selbst, die man nach Belieben „kaufen“ kann. Die Ärztin oder der Arzt werden zu reinen Dienstleistern, und am Ende stellt sich für alle die Frage: Wo bleibt der Mensch?



„... es wird wohl nur eine Frage der Zeit sein, bis gewisse Medikamente oder Untersuchungen als zu teuer gelten und nicht mehr zur Behandlung eingesetzt bzw. durchgeführt werden können – weil es ein Computerprogramm verbietet!“

Blickt man in der Geschichte nur wenige Jahrzehnte zurück, so erkennt man in dieser relativ kurzen Zeitspanne gravierende gesellschaftliche Entwicklungen. Die Globalisierung hat uns voll erfasst, wir nutzen das Internet heute ganz selbstverständlich zur Kommunikation und an jedem Ort, weltweit werden Waren und Dienstleistungen produziert und angeboten. Die treibende Kraft dahinter war und ist die Ökonomie. Diese folgt dabei einem Effizienzgedanken, der in über hundert Jahren stetig weiterentwickelt wurde und heute durch ausgeklügelte Planungs- und Steuerungsinstrumente das tägliche (wirtschaftliche) Leben bestimmt. Im Zuge dieses Trends wurden Wissen, Waren und Dienstleistungen austauschbar. Mittlerweile kann man – salopp formuliert – fast alles irgendwo auf der Welt produzieren, solange es dort ökonomisch effizient gefertigt werden kann.

Bis vor wenigen Jahren war der Gesundheitsbereich von diesem effizienzgetriebenen Paradigma verschont geblieben. Man stellte ärztliche Leistungen nicht nach irgendwelchen Optimierungsregeln zur Verfügung, sondern weil man es einfach sinnvoll fand, den Menschen die bestmögliche medizinische Versorgung zu bieten. Nicht ökonomische Überlegungen standen im Vordergrund, sondern die einfache und vor allem ethisch wertvolle Überzeugung, dass Menschen nicht wie Waren behandelt werden dürfen und schon gar nicht, wenn sie krank und hilfsbedürftig sind. Der Gesundheitsbereich kostet natürlich einiges, aber man war auch ein wenig stolz darauf. In Österreich hört man schließlich selbst heute noch, „dass unser Gesundheitssystem zu den besten der Welt gehört – aber auch teuer ist“. Die medizinische Versorgung war früher keine rein austauschbare Dienstleistung. Vor allem fungierte die niedergelassene Ärzteschaft – im ländlichen Raum in fast jedem Dorf vorhanden – zugleich als Vertrauensperson der Patientinnen und Patienten. Vertrauen aufzubauen kostet jedoch unter anderem

Zeit, und diese war sowohl in den Ordinationen als auch in den Spitälern vorhanden.

Das soll natürlich nicht heißen, dass „in der guten alten Zeit“ alles perfekt gewesen sei und man quasi auf alle weiteren modernen medizinischen Errungenschaften verzichten sollte, um diesen ehemaligen Status quo im Sinne einer Flucht in die Vergangenheit zu konservieren. Aber die menschliche Beziehung zwischen Ärztin oder Arzt und den Patientinnen bzw. Patienten stand im Mittelpunkt. Ökonomische Aspekte waren sekundär und hatten die reine Hilfsfunktion, die Mittel bereitzustellen, die eine bestmögliche Behandlung des kranken Menschen gewährleisten.

Die Ökonomie im Vormarsch

Nun ist seit einigen Jahren eine Umorientierung – hin zu einer ökonomisch effizienteren Gesundheitsversorgung – beobachtbar. Zugegebenermaßen führte die „Vernachlässigung“ ökonomischer Aspekte manchmal zu (politischen?) Unsinnigkeiten: etwa dem Vorhandensein mehrerer Spitäler innerhalb nur weniger Kilometer und in anderen Regionen einer Unterversorgung. Doch nun ist die Ökonomie unter dem steigenden Druck, öffentliche Ausgaben einerseits zu rechtfertigen und andererseits zu bremsen, zu einem zentralen Kriterium geworden. Betriebswirtschaftliche Planungs- und Steuerungsinstrumente halten vermehrt Einzug in der „Produktionsebene“, d. h. in den Ordinationen und Spitälern. Aber auch sprachlich macht sich diese Umorientierung bemerkbar: Der Arzt und die Ärztin werden zu Gesundheitsdiensteanbietern (GDAs), und schon dieser Terminus verrät den steigenden Einfluss der Ökonomie auf die gegenwärtige Entwicklung recht deutlich. Scheinbar behandelt man nicht mehr kranke Menschen, sondern bietet Gesundheit an. Die medizinische Leistung wird zur Dienstleistung. Spitäler werden zu „Gesundheitsfabriken“, die nach neuesten wirt-

schaftlichen Erkenntnissen geführt werden sollen (müssen?) und einen nachweisbaren Output zu erbringen haben. Sonst kommen sie, wie bereits oben skizziert, sofort unter Rechtfertigungsdruck. Ob die jüngsten Burnout-Studienergebnisse schon das Resultat dieser Entwicklung sind, sei dahingestellt. Gleiches gilt für die niedergelassene Ärzteschaft in den Ordinationen. Die ökonomischen Variablen werden derart gestaltet, dass sich viele Kolleginnen und

Kollegen fragen, ob sie sich unter diesen Bedingungen überhaupt noch für Kassenstellen bewerben sollen. Der Wettbewerb, so scheint es, ist nun auch im Gesundheitswesen endgültig angekommen. Private Anbieter respektive Firmen stehen schon „Gewehr bei Fuß“ und drängen sich in die so entstehenden staatlichen Lücken.

Doch eines wird im Zusammenhang mit dem Wettbewerb gerne ver-

gessen: Dieser wirkt sich nämlich meistens auf mehrere Arten aus. So ist es nicht verwunderlich, dass sich viele Jungabsolventen von medizinischen Universitäten dafür entscheiden, ihren Beruf im europäischen Ausland auszuüben. Denn auch diesbezüglich herrscht nun Wettbewerb. Länder, in denen ganze Landstriche ohne ärztliche Versorgung sind, bieten Arbeitsbedingungen, die deutlich besser scheinen als bei uns. Und so könnte es durchaus zu der paradoxen Situation kommen, dass die „Träger“ der medizinischen Versorgung, die Ärztinnen und Ärzte, aufgrund des Drucks der ökonomischen Effizienz bald fehlen werden. Dann wird man sich um diese stärker bemühen müssen – auch im Wettbewerb mit anderen europäischen Ländern.

Doch nicht nur das Berufsbild selbst verändert sich, auch die Beziehung zu den Patientinnen und Patienten ist einem Wandel unterworfen. Die Austauschbarkeit der medizinischen Dienstleistung erfordert es näm-

lich auch, dass jeder den gleichen Kenntnisstand über eine Patientin oder einen Patienten hat und dieses Wissen jederzeit zur Verfügung steht. Dass das Vertrauensverhältnis also quasi ausgehebelt werden kann. Man spei-

chert eben die Krankengeschichte der Patientinnen und Patienten in zentralen Datenspeichern und verkündet ernsthaft, diesen damit die „Herrschaft über ihre Daten“ zu geben. Doch Herrschaft gegenüber wem?

Gleichzeitig stellt man damit ein weiteres staatliches Planungs- und Steuerungsinstrument in den Dienst: Nun kann man auch die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten effizienter gestalten und es wird wohl nur eine Frage der Zeit sein, bis gewisse Medikamente oder Untersuchungen als zu teuer gelten und nicht mehr zur Behandlung eingesetzt bzw. durchgeführt werden können – weil es ein Computerprogramm verbietet!

Ausblick oder: Ist mehr Ökonomie generell schlecht?

Ohne Zweifel kann „mehr Ökonomie“ auch im Gesundheitswesen viel Positives leisten. Doch meiner Ansicht nach darf dabei nicht aus rein ökonomischen Gründen in ein zentrales Verhältnis eingegriffen werden, nämlich in jenes zwischen Behandlern und Behandelten. Beide Seiten haben es verdient, bestmögliche Bedingungen vorzufinden. Und hier wäre der Einsatz der ökonomischen Instrumente durchaus wünschenswert, nämlich um jene Rahmenbedingungen zu schaffen, durch die eine solche optimale Behandlungssituation realisiert werden kann.

Hier könnten durchaus moderne betriebswirtschaftliche Ansätze zum Tragen kommen, zeitgemäße Organisationsformen, Abläufe, Finanzierungsmodelle und dergleichen implementiert werden, die jenes oben formulierte Ziel sicherstellen. Die beiden zentralen Prozesse der Behandlung, nämlich Diagnose und Therapie, sollten jedoch weitgehend frei von ökonomischen Überlegungen bleiben. Alle anderen unterstützenden Prozesse aber könnten ruhig dem Effizienzstreben unterworfen werden.

Die Beziehung zwischen einem kranken Menschen und jemandem, der versucht, ihm zu helfen, und darauf abzielt, ihn wieder gesund zu machen, darf einfach nicht zu einer Dienstleistung werden, weder inhaltlich noch terminologisch. An uns allen, die wir im Gesundheitswesen wirken, liegt es, dies nicht zuzulassen.

Rückblick

2. Aktionstag Gesundheit OÖ 2012 – Informationstag in Linz stößt auf großes Publikumsinteresse

VON MAG. (FH) MARTINA DICK



(v.l.n.r.) Dr. Harald Eckmann, Mag. Christine Radmayr, Dr. Erwin Rebhandl, Dr. Josef Pühringer, Dr. Martin Clodi, Mag. pharm. Thomas Veitschegger, Univ.-Prof. Dr. Peter Sziostronek, Mag. Peter McDonald, Felix Hinterwirth

Durch den medizinischen Fortschritt und die gute Gesundheitsversorgung ist die Lebenserwartung in unserem Land so hoch wie nie zuvor. Trotzdem leiden immer mehr Menschen an Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die steigende Zahl an Betroffenen macht deutlich, wie wichtig eine frühzeitige Diagnostik und rechtzeitige Behandlung ist. Das Land Oberösterreich hat zur Versorgung dieser Patienten bereits einen guten Weg eingeschlagen. Das belegen vor allem die tadellos funktionierenden Disease-Management-Programme wie etwa die oberösterreichische strukturierte Diabetikerbetreuung. Auf Initiative des Landes Oberösterreich fand am 5. Mai im Linzer Oberbank Donau-Forum der „Aktionstag Gesundheit OÖ 2012 Diabetes & Herz-Kreislauf“ statt. Hier konnten sich Interessierte sowie Betroffene und deren Angehörige umfassend zum besseren Verständnis und zum Umgang mit Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen informieren.

Über tausend Besucher folgten der Einladung zum „Aktionstag Gesundheit OÖ 2012 Diabetes & Herz-Kreislauf“ im Linzer Oberbank Donau-Forum. Ziel der Veranstaltung war es, alle Oberösterreicher über Vorsorge, Früherkennung, Therapie und therapiebegleitende Maßnahmen zu informieren. Auf einer eigenen Mess-Straße hatten die Besucher die Möglichkeit, einen Gesundheits-Check vornehmen zu lassen, bei dem auf einzelnen Stationen eine Vielzahl von gesundheitsrelevanten Parametern getestet wurde. Zahlreiche Expertinnen und Experten – wie Ärzte, Apotheker, Psychologen oder Ernährungswissenschaftler – standen vor Ort für die individuelle Beratung zur Verfügung. Renommierte Vertreter aller gesundheitsrelevanten Berufe referierten zu den Schwerpunkten Früherkennung, Vorsorgeuntersuchung, Gesundheitsziele,

medikamentöse Behandlung, Ernährung, Selbsthilfe und Psychologie. Zudem wurde das Diabetes-Disease-Management-Programm (DMP) „Therapie aktiv“ vorgestellt. Im Themenblock Kardiologie wurde über den Herzinfarkt, die Hypertonie sowie Bewegung und Rehabilitation gesprochen.

Neue Ziele – neue Chancen? Benefits der Gesundheitsreform für die Früherkennung und das Krankheitsmanagement in den Bereichen Diabetes und Herz-Kreislauf

Am Nachmittag folgte mit einer prominent besetzten Podiumsdiskussion das Programmhilighlight des Aktionstags. In seinem Einführungstatement stellte Landeshauptmann Dr. Josef Pühringer den Status quo der aktuellen Gesundheitsreform vor, die als einen wesentlichen Punkt ein gemeinsames Steuerungssystem für niedergelassene Ärzte sowie Spitäler und Ambulanzen vorsieht. Im Bereich der Vorsorge könne laut Pühringer die Bewusstseinsbildung und Prävention gar nicht früh genug beginnen. Vielen Krankheiten und gesundheitlichen Einschränkungen liegen Bewegungsmangel oder falsche Ernährung – und das sehr häufig bereits in jungen Jahren – zugrunde. „Entscheidend wird sein, die Prävention und Gesundheitsförderung weiter zu stärken, denn das kann viel Leid bei den Menschen verhindern und gleichzeitig die Kosten für das Gesundheitssystem verringern“, so Dr. Pühringer. Des Weiteren führte er aus: „Das Wichtigste ist, den Menschen zu vermitteln, dass sie für die Gesundheit selbst viel tun können. Wenn es uns gelingt, das in die Köpfe und Herzen zu bringen, sind wir auf dem richtigen Weg.“

Dr. Erwin Rebhandl, Präsident der Initiative AllgemeinMedizin PLUS, wies darauf hin, dass die Umsetzung der Gesundheitsreform gerade im extramuralen Bereich nach einer stärkeren Vernetzung der regionalen Leistungsanbieter verlange. „Wir benötigen dafür eine klare Definition des Leistungsangebots der einzelnen Anbieter und eine Verpflichtung zum Grundleistungspaket laut Kassenvertrag. Das gibt sowohl den Partnern als auch den Patienten Klarheit und Struktur“, erklärte Dr. Erwin Rebhandl. Weiters betonte er: „Das Primary-Health-Care-Modell hält für die Probleme in der Grundversorgung Lösungen bereit. Der Gesundheitsförderung und der Prävention wird in diesem Modell breiter Raum gegeben. So kann es entscheidend zur Qualitätssteigerung und Ökonomisierung des Gesundheitssystems beitragen.“

Teilnahme an bestimmten Vorsorgeprogrammen muss attraktiver werden

Aus internistischer Sicht beleuchtete Univ.-Prof. Dr. Martin Clodi, Facharzt für Innere Medizin und Sekretär der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG), das Thema und stellte klar, dass Diabetes mellitus oft in seiner Dramatik zu wenig wahrgenommen wird. Unbehandelt verkürzt diese Erkrankung das Leben um bis zu 15 Jahre und geht mit schwerwiegenden Komplikationen wie Schlaganfall und Herzinfarkt einher. Ebenso betroffen sind die Nieren, die Augen und die Nerven – so ist Diabetes nachgewiesenermaßen die häufigste Ursache für Erblindung, Amputationen und Dialyse. „Neben einem breiten Therapieangebot in spezialisierten Zentren müssen wir vermehrt Awareness für die Erkrankung schaffen und Personen mit hohem Risiko oder gar einer manifesten Erkrankung frühzeitig herausfiltern. Das Bewusstsein in der Gesamtbevölkerung kann insbesondere durch diabetologische Zentren geschaffen werden. Letztendlich können durch all diese Maßnahmen Schäden vermieden und das Gesundheitssystem entlastet werden“, so Dr. Martin Clodi. Da dauerhafte Lebensstiländerungen für Erwachsene sehr schwierig umzusetzen seien, appellierte Univ.-Prof. Dr. Peter Sziostronek, Leiter der Kardiologie im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Linz, für mehr Maßnahmen, die bereits Kindern einen gesunden Lebensstil erlernen lassen.

Vorsorge spielt zentrale Rolle

Felix Hinterwirth, Obmann der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, erläuterte die aktuelle Präventionsstrategie und erklärte: „Bei der Prävention unterscheiden wir drei Dimensionen der Vorbeugung: das Vorbeugen des Eintritts einer Erkrankung, das Vorbeugen der Chronifizierung und das Vorbeugen von Folgeschäden. In diesem Sinne setzen wir dabei verschiedene Hebel an.“ Als größter Finanzier im oberösterreichischen Gesundheitswesen trage die Gebietskrankenkasse eine wesentliche Verantwortung für den wirksamen und wirtschaftlichen Einsatz der Versicherten- und Dienstgeberbeiträge. Daher achte man bei der Reform besonders darauf, dass alle Beteiligten das Dreieck aus soliden Finanzen, zufriedenen Patienten sowie optimalen Prozessen in der Gesundheitsversorgung im Auge behalten. Die Bereitschaft zur Kooperation und die Offenheit für Innovationen seien dabei besonders wichtig. So habe die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse auch das Zielsteuerungssystem in die Diskussion eingebracht und in wesentlichen Zügen erarbeitet.

Vonseiten der Sozialversicherung bezog Mag. Peter McDonald, Obmann-Stellvertreter der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), Stellung dazu, wie die Herausforderung, chronische Erkrankungen zu vermeiden, bewältigt werden könne. Er betonte in seinem Statement, dass die Gesundheitsreform Prävention in den Mittelpunkt rücken und die Eigenverantwortung der Patienten stärken solle. Mit dem Programm „Selbständig gesund“ werde selbständig Erwerbstätigen ein Anreiz geboten, auf ihre Gesundheit zu achten: Bei der Erreichung von fünf individuell mit dem Arzt festgelegten Gesundheitszielen wird der Selbstbehalt halbiert. Sowohl für die Lebensqualität der Versicherten als auch für die Kostenentwicklung soll dieses Projekt wegweisend werden.

Die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) setzt mit dem „Gesundheitsdialog Diabetes“ im Bereich Gesundheit und Vorsorge auf die Telemedizin. Dr. Harald Eckmann, Leiter des Vertrauensärztlichen Dienstes der GBZ Linz der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, zeigte sich zuversichtlich, dass Diabetikern und Risikopatienten dadurch der Umgang mit der Diagnose erleichtert würde und sie bei der notwendigen



Lebensstiländerung unterstützt würden. Die zentrale Rolle im „Gesundheitsdialog Diabetes“ spiele der Patient. Ärzte würden ein Kommunikationstool zur Förderung von Motivation und Therapietreue erhalten. Für den täglichen Umgang mit den telemedizinischen Geräten und das Zusammenspiel der an der Therapie beteiligten Personen würden alle Akteure umfassend eingeschult.

Apotheker nehmen größere Rolle in der Diabetikerversorgung ein

Mag. pharm. Thomas Veitschegger, Präsident der Oberösterreichischen Apothekerkammer, erläuterte ein kurz vor der Einführung stehendes Pilotprojekt: Ab Mitte Mai werden die Apotheker stärker in die integrierte Betreuung chronisch Kranker einbezogen. In einem interdisziplinär abgestimmten Pilotprojekt sollen in den Apotheken anhand von strukturierten Patientenfragebögen nicht-diagnostizierte Diabetiker und Risikopatienten frühzeitig erkannt

werden und damit das bereits bestehende erfolgreiche Therapieprogramm „Therapie aktiv“ der Gebietskrankenkassen und Ärzte weiter unterstützt werden. „Die Apotheken bieten flächendeckend einen niederschweligen Zugang und hochqualifiziertes Personal. Durch unsere Einbindung in das Programm leisten auch wir einen Beitrag zur Früherkennung, wobei die Beratung durch den Apotheker immer in Abstimmung mit dem Arzt durchgeführt wird“, betonte Mag. pharm. Veitschegger.

Landeshauptmann Dr. Josef Pühringer zeigte sich nach dem „Aktionstag Gesundheit OÖ 2012 Diabetes & Herz-Kreislauf“ zufrieden: „Ziel der Veranstaltung war es, ein besseres Verständnis für diese Erkrankungen zu schaffen sowie Betroffenen und Interessierten Auskünfte und Tipps zum Umgang damit zu bieten. Dass dieses Vorhaben gelungen ist, bestätigen die Besucherzahlen der Veranstaltung eindrucksvoll.“



UMFASSEND ERGEBNISSE LIEFERN.

WENN ES UM STRATEGISCHES MARKETING GEHT.

Mit der Evaluierung und Unterstützung bei der Erstellung und Analyse von Marketingplänen. Und dem Fach-Coaching von Führungskräften.

WENN ES UM AUSSENDIENSTSTEUERUNG GEHT.

Mit Beratung in der Umsetzung der Strategien durch den Außendienst. Durch individuelles Coaching und Know-how zum Gesundheitssystem.

WENN ES UM ÄRZTLICHE GESELLSCHAFTEN GEHT.

Indem wir mit medizinischen Fachgesellschaften Maßnahmen realisieren, die den Wissenstransfer fördern und integrierte Versorgung ermöglichen.

DURCH EIN KLARES LEISTUNGSANGEBOT.
ALS STARKER TEIL DER PERI GROUP.



PERI MARKETING & SALES EXCELLENCE GmbH

Peri Marketing & Sales Excellence GmbH
Lazarettgasse 19/OG 4, A-1090 Wien
(T) +43/1/409 52 01 · (M) +43/664/112 04 97 · (F) +43/1/409 52 01-15
(E) w.teufel@perimse.at · (I) www.perimse.at

Geschäftsführer
Wilfried Teufel

Rückblick: Interdisziplinäres Forum zum Thema Primary Health Care

initiiert von AM PLUS –
Initiative für Allgemeinmedizin
und Gesundheit



VON MAG. (FH) MARTINA DICK

Zum ersten interdisziplinären Forum lud der Verein AM PLUS am 13. März 2012 knapp dreißig Vertreter aus rund zwanzig österreichischen Fachgesellschaften und Gesundheitsberufen. Hier wurde den Anwesenden das Primary-Health-Care-Konzept vorgestellt, welches schon 1978 von der WHO entwickelt und von AM PLUS für das österreichische Gesundheitssystem aufbereitet worden war. Primär diente das erste Treffen dem Kennenlernen und dem Vorstellen der wichtigen Thematik Primary Health Care (PHC). Im Rahmen des interdisziplinären Forums diskutierten die Teilnehmer Chancen und Risiken für die Umsetzung von PHC in Österreich.

Primary Health Care (PHC) steht für eine ambulante und flexible Versorgungsstruktur, die möglichst viele gesundheitliche Probleme wohnortnah lösen kann. PHC soll demnach eine umfassende Abdeckung der ärztlichen und pflegerischen Grundversorgung bieten, die neben der allgemeinärztlichen Ebene auch die Bereiche der Pflege, Psychologie und Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Arzneimittel- sowie soziale Versorgung umfasst. PHC ist ein wichtiger Teil von Gesundheitssystemen und wurde schon 1978 von der WHO präsentiert. Zahlreiche Staaten – darunter auch Österreich – erklärten damals, dieses Konzept umsetzen zu wollen. AM PLUS, die Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit, setzt sich für die Realisierung des Primary-Health-Care-Konzepts in unserem Land ein.

Die Teilnehmer des ersten interdisziplinären Forums des Vereins AM PLUS diskutierten Lösungsansätze zur Organisation der Plattform sowie die Chancen und Möglichkeiten, aber auch Probleme in der Umsetzung von PHC. Der Großteil der PHC-Versorgung findet in einer Struktur, also in Ordinationen oder Gesundheitszentren, statt. Dabei werden auch nichtärztliche Leistungen erbracht. In Einrichtungen zur Grundversorgung braucht es neben Ärzten für Allgemeinmedizin und Pädiatrie auch Krankenschwestern, Diä-

FactBox: DAS PRIMARY-HEALTH-CARE-KONZEPT

Grundversorgung in Wohnortnähe

Der Verein AM PLUS, Initiator des Konzepts, setzt sich für eine stärkere Ausrichtung des Gesundheitssystems auf eine dezentrale wohnortnahe medizinische Grundversorgung und für die Steigerung der Effizienz und Effektivität im österreichischen Gesundheitswesen ein. Wohnortnahe bedeutet dabei, dass die Erreichbarkeit mit einem PKW innerhalb von maximal 15 Minuten gegeben sein muss. „Die Umsetzung bedarf jedoch gravierender Änderungen im System, die oft kompliziert sind und durch die mangelnde Vorstellungskraft der Beteiligten weiter erschwert werden“, betont Dr. Erwin Rebhandl, Präsident von AM PLUS.

Die Aufgaben der Allgemeinmedizin bei PHC

Die Allgemeinmedizin ist ein wichtiger und zentraler Teil von PHC. Das Konzept soll neben der medizinischen auch die pflegerische und therapeutische Grundversorgung der kurativen Medizin abdecken und nicht zuletzt auch ein breites Spektrum an gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen umfassen. Auch die psychischen und sozialen Komponenten werden entsprechend berücksichtigt und eingebunden.

Die Struktur

PHC wird von einem multidisziplinären Team erbracht, in dem der Hausarzt der Koordinator und meist auch die erste Anlaufstelle ist, dem aber auch Pflegekräfte, Psychologen, Diätologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeiter und andere Gesundheitsberufe gleichberechtigt angehören.

Fakten und Ziele

PHC hat zahlreiche positive Effekte und führt nachgewiesenermaßen zu einer Erhöhung der Compliance, einer Verlängerung der Lebensdauer und Erhöhung der Lebensqualität von chronisch Kranken, einer Senkung der Überweisungsfrequenzen und unnötigen Krankenhausaufenthalte und damit zu einer Verminderung der Behandlungskosten. Insbesondere der Gesundheitsförderung und Prävention wird in diesen Konzepten breiter Raum gegeben. All das trägt zu einer entscheidenden Qualitätssteigerung und Ökonomisierung des Gesundheitssystems bei.

tologen, Pharmazeuten, Sozialarbeiter und andere Gesundheitsberufe. Die Teilnehmer am interdisziplinären Forum thematisierten, dass PHC die Langzeitbeziehung zwischen Arzt und Patienten fördere, da sich die Patienten freiwillig dafür entscheiden, eine gewisse Zeit an eine Einrichtung des PHC-Netzwerks gebunden zu sein und in erster Linie diese aufzusuchen. Dabei wurde aufgeworfen, dass diese Vorgangsweise durch ein Anreizsystem für die Patienten unterstützt werden könne. Das fördere einerseits im Krankheitsfall die Versorgungssicherheit für die Patienten und ermögliche andererseits eine stärkere Orientierung an Gesundheitsförderung und Prävention. Als Hindernis sahen die Diskutanten die Tatsache, dass es um den Beruf und die Rolle des Hausarztes in Österreich schlechter bestellt sei als in anderen europäischen Staaten. In PHC-orientierten Gesundheitssystemen sind dreißig bis fünfzig Prozent der grundversorgungswirksamen Ärzte Allgemeinmediziner, in Österreich sind es aber nur ca. zwanzig Prozent. In unserem Land ergreifen viele Hausärzte diesen Beruf unter anderem deshalb, weil sie keine Facharztbildungsstelle erhalten. Demgegenüber ist der Beruf in vielen anderen Ländern mit funktionierenden PHC-Systemen sehr attraktiv.

Schließlich waren sich die Teilnehmer weitgehend darüber einig, dass die Umsetzung des PHC-Konzepts grundsätzlich zu begrüßen sei, sofern vonseiten der Politik die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen würden. Um die Politik zu überzeugen, müssten allerdings konkrete Zahlen vorliegen, nur so könne man die Kosten der einzelnen Leistungen vergleichen. Durch den derzeitigen Generationenwechsel hin zu mehr jungen Ärzten sei die Bereitschaft zur Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen aber schon vermehrt zu bemerken.

TEILNEHMERINNEN DES INTERDISZIPLINÄREN FORUM ZU PRIMARY HEALTH CARE

(in alphabetischer Reihenfolge)

Univ. Prof. DI. Dr. Christoph Baumgartner Österreichische Sektion der internationalen Liga gegen Epilepsie
Univ.-Prof. Dr. Günther Bernatzky Österreichische Schmerzgesellschaft
Univ.-Prof. Dr. Veronika Fialka-Moser Österreichische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation
Ursula Frohner Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflege Verband
Ao Univ.-Prof. Dr. Alexander Gaiger Akademie für onkologische Rehabilitation und Psychoonkologie
Univ.-Prof. Dr. Burkhard Gustorff Österreichische Kopfschmerzgesellschaft
Marion Hackl Bundesverband der ErgotherapeutInnen Österreichs
Mag. Ulla Konrad Berufsverband Österreichischer PsychologInnen
Prof. Dr. Bruno Mamoli Österreichische Gesellschaft für Neurologie
Dr. Reli Mechtler Forschungsinstitut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung
Ulrike Merkscha-Geosits Österreichische Liga für Präventivmedizin
Univ.-Prof. Dr. Mathias Müller Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Standardisierung medizinisch-diagnostischer Untersuchungen
Univ.-Prof. Dr. Ingomar Mutz Österreichische Liga für Präventivmedizin
Mag. Nicole Muzar Bundesverband der Physiotherapeuten Österreich
Prim. Dr. Katharina Pils Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie, SMZ Sophienspital
Dr. Harald Retschitzegger Österreichische Palliativgesellschaft
Ao. Univ.-Prof. Dr. Sebastian Roka Berufsverband österreichischer Chirurgen
Dr. Rudolf Sigmund Österreichische Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie
Univ.-Prof. Dr. Hans Tilscher Österreichische Ärztesgesellschaft für Manuelle Medizin
Elisabeth Tomsovic Berufsverband der ArztassistentInnen Österreich
Mag. pharm. Thomas Veitschegger Österreichischer Apothekerverband
MinR Univ.-Prof. Dr. Günther Wewalka Österreichische Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie
Christine Wolf, MSc Berufsverband der ArztassistentInnen Österreich
Univ.-Prof. Dr. Gerhard Zlabinger Österreichische Gesellschaft für Allergologie und Immunologie

Mag. Martina Anditsch Schriftführerin AM PLUS
Mag. Rudolf Eisenhuber Kassier AM PLUS
Mag. Marion Kronberger AM PLUS
Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier Vizepräsident AM PLUS
Mag. Corinna Prinz-Stremitzer Vorstandsmitglied AM PLUS
Dr. Erwin Rebhandl Präsident AM PLUS
Prim. Univ.-Prof. Dr. Christoph Stuppäck Vizepräsident AM PLUS
Mag. Corinna Prinz-Stremitzer Vorstandsmitglied AM PLUS
Moderation: **Wilfried Teufel**, PERI Marketing & Sales

WOLFGANG WAGNER
STV. RESSORTCHEF CHRONIK DER APA

Kein Licht am Ende des Tunnels?

VON MAG. (FH) MARTINA DICK

Im September 1999 hat Wolfgang Wagner, stellvertretender Leiter des Ressorts Chronik der Austria Presse Agentur (APA), in der ersten Ausgabe unserer Zeitschrift (damals noch unter dem Namen „Welldone forte“) fünf Thesen zur Pharma-PR unter dem Titel „Mehr Licht – noch mehr Schatten“ veröffentlicht. Das Periskop traf sich erneut mit Wolfgang Wagner zum Gespräch über das Spannungsfeld Redaktion und PR sowie über aktuelle Gesundheitsthemen.

P: „Viel Licht und noch mehr Schatten“, so haben Sie 1999 die Pharma-PR beschrieben. Wie denken Sie heute darüber?

Wagner: Ich sehe eher noch weniger Licht und noch mehr Schatten. Die Pharmawelt hat sich sehr stark verändert. Wir begegnen einer Informationspolitik, die zentralisiert, ferngesteuert und intensiv vom Interesse am Aktienwert getrieben ist. Wissenschaftliche und medizinische Informationen, also jene, mit denen die Journalisten gerne arbeiten wollen, werden immer rarer. Hier sehe ich kein Licht am Ende des Tunnels, denn die Cluster und Regionen, in welche die Unternehmen aufgeteilt sind, berücksichtigen den regionalen Informationsbedarf nicht. Die Journalisten werden über einen Kamm geschoren, es gibt wenig inhaltliche oder regionale Diversifikation. Österreich und Deutschland sprechen dieselbe Sprache, doch unterscheiden sie sich signifikant hinsichtlich ihres wissenschaftlichen Gefüges, ihres Gesundheitssystems oder der aktuellen Diskussionspunkte. Darauf wird zum Beispiel in der ferngesteuerten Kommunikation eines Deutschland-Österreich-Schweiz-(D-A-CH-)Clusters nicht Rücksicht genommen.

P: Was genau wünscht sich der Medizin- und Wissenschaftsjournalist?

Wagner: Wissenschaftsjournalisten wünschen sich seriöse, aktuelle Informationen aus der Forschung, die regional aufbereitet werden können. Es ist für uns zum Beispiel unerheblich, ob eine Studie startet, sondern ausschlaggebend sind die wissenschaftlichen Ergebnisse, über die letztendlich vielfach nicht mehr informiert wird – aus welchem Grund auch immer. Es wäre hilfreich, wenn zumindest über Veröffentlichungen in den renommierten Fachzeitschriften informiert wird, denn der einzelne Journalist kann nicht ständig alle unterschiedlichen Themen in der wissenschaftlichen Literatur recherchieren. Ein Hinweis auf die Veröffentlichung und ein regionaler Ansprechpartner würden schon ausreichen.

P: Welche grundlegenden Defizite sehen Sie im österreichischen Gesundheitswesen bzw. in der Gesundheitspolitik?

Wagner: Es fehlen im Gesundheitsbereich in weiten Teilen epidemiologische und außer Streit gestellte ökonomische Daten. Man sollte zunächst einmal eine anerkannte Datenlage herstellen und dann planen, nicht umgekehrt. Gesundheitsziele sollten also auf der Basis von erhobenen, kritisch analysierten epidemiologischen Daten geplant werden. Ich halte die Probleme im Gesundheitsbereich für Sachprobleme, nicht für Fragen, in denen Ideologie eine wesentliche Rolle zu spielen hat. Mir als Krankenversicherter, als Patient, ist es völlig egal, wie die politische Ausrichtung letztlich ist. Der Service und die Leistung zählen.

P: Worin sehen Sie die Trends und Tendenzen im Gesundheitswesen?

Wagner: Einerseits wird die Gesundheitsstruktur zunehmend und schleichend ökonomisiert. Das ist dem Patienten durch die Rationierung von Leistungen nicht zuträglich. Andererseits werden Leistungen stärker in den privaten Bereich verschoben. Ich bin für ein soziales Gesundheitssystem, in dem der Einzelne auch ohne Expertenwissen eine notwendige Topversicherung erhält und die vom Individuum nicht tragbaren Kosten abgedeckt sind. Das ist das Grundprinzip jeder Versicherung, muss also auch das Grundprinzip der Krankenversicherung sein. Dafür ist eine Sozialversicherung ja da.



„Mir als Krankenversicherter, als Patient, ist es völlig egal, wie die politische Ausrichtung letztlich ist. Der Service und die Leistung zählen.“

P: Welche Aufgaben und Funktionen erfüllt die APA als Leitmedium in der Berichterstattung im Zusammenhang mit Gesundheit und Gesundheitspolitik?

Wagner: Wir versuchen, so gut wir es irgendwie können, transparenten Journalismus zu betreiben. Die Transparenz ist unser größtes Asset. Wir sind verpflichtet, immer auch die andere Seite zu hören und wollen Fakten und Hintergründe erklären. Das tun wir mit professioneller Gelassenheit aus möglichst neutraler Sicht heraus. Es gibt keine Kampagnen für oder gegen etwas. Es muss aber den Benutzern unserer Berichte auch klar sein, dass sich das Bild, das wir von der Realität darstellen, aus vielen Mosaiksteinchen zusammensetzt. Dieses Bild kann heute anders aussehen als morgen, denn wir transportieren keine ewigen Wahrheiten. Unsere Aufgabe ist es, möglichst viele Aspekte eines Problems darzustellen, möglichst wenige Emotionen zu transportieren und mögliche Erklärungen zu liefern.

P: Im Spannungsfeld Redaktion, PR und Lobbying – was wünschen Sie sich heute?

Wagner: Ehrlichkeit und Toleranz bei allen Beteiligten sind das Wichtigste. Alle Teilnehmer müssen sich im Klaren darüber sein, dass es um unterschiedliche Interessen geht, in der Redaktion, der PR und im Lobbying. Diese Anforderungen muss man anerkennen und tolerieren. Als Journalist muss ich tolerieren, wenn mir jemand etwas einreden will. Mein Gesprächspartner muss aber auch tolerieren, dass ich „Nein“ sage oder andere Blickwinkel beleuchte. Dieses Spannungsfeld lässt sich einfach auflösen, indem alle Beteiligten offen miteinander umgehen und ehrlich zueinander sind. Wenn ich einmal aufs Glatteis geführt werde oder auch nur das Gefühl habe, aufs Glatteis geführt worden zu sein, dann ist die Beziehungswelt gestört. Gerade als Journalist für aktuelle Themen bin ich auf ein gutes Netzwerk und ehrliche Kontakte angewiesen. Zu jeder Zeit gilt es von beiden Seiten, an diesen Beziehungswelten zu arbeiten, um ein langfristiges Vertrauensverhältnis aufzubauen.

P: Die Menschen werden älter, sie leben länger, daher kosten sie mehr. Das wirkt sich auf die Finanzierung aus. Ist ein System aus dem 19. Jahrhundert im 21. Jahrhundert noch zeitgemäß?

Wagner: Tatsächlich halte ich die Finanzierung unseres Gesundheitssystems für hoffnungslos veraltet. Man kann im 21. Jahrhundert nicht mit einem Ansatz von Bismarck – also aus dem 19. Jahrhundert – Gesundheits- und Sozialwesen vorrangig aus den Gehältern von klassischen Vollzeitwerbstätigen des beginnenden Industriealters finanzieren. Man muss auch die Finanzindustrie und Gewinne aus Vermögen etc. heranziehen. Weil das nicht geschieht, sehe ich das System und damit auch das soziale Gefüge zunehmend gefährdet. Es ist die Aufgabe des Staates, für das Gesundheitswesen, Soziales, Infrastruktur und Bildung zu sorgen. Das ist sein einziger Zweck. Wenn das Gemeinschaftswesen dies nicht garantiert, verlieren die Menschen die Bindung zum System und fühlen sich nicht mehr verantwortlich.

BioBox: Wolfgang Wagner wurde 1955 in Wien geboren und wuchs in der Leopoldstadt auf. Nach der Matura studierte er an der Universität Wien Germanistik und Anglistik. Im Sommer 1978 begann er seine journalistische Tätigkeit in der Lehrredaktion der Tageszeitung „Die Presse“. Darauf folgten fünf Jahre Arbeit bei einer kleinen Wiener Presseagentur, vor allem für deutsche Medien. Seit 1984 ist Wolfgang Wagner bei der Austria Presse Agentur (APA) in Wien in der Chronikredaktion tätig. Der stellvertretende Ressortchef ist spezialisiert auf Themen aus dem Bereich Wissenschaft und Medizin.



DIE BESTE MEDIZIN.



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

„Auf Worte müssen endlich Taten folgen“

MAG. NINA BENNETT, MA

Obwohl das heimische Gesundheitswesen an sich ausgezeichnet ist, ist Österreich Tabellenletzter, wenn es um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen geht. Österreich ist „Weltmeister“ bei der Anzahl rauchender Kinder, hat die höchste Rate an Gewalterfahrungen und eine hohe Anzahl psychischer Auffälligkeiten bei Kindern. Um sich gut entwickeln zu können, benötigen Kinder und Jugendliche vielfältige Unterstützung, denn die Weichen für ein gesundes Leben werden in der Kindheit gestellt. Dr. Jan Oliver Huber, Generalsekretär der Pharmig, des Verbands der pharmazeutischen Industrie Österreichs, schildert im Gespräch mit dem Periskop den akuten Nachholbedarf unserer Gesellschaft in puncto Kindergesundheit und erklärt, warum jede Investition zur Förderung der Kindergesundheit essenziell ist.

P: Die Alpbacher Gesundheitsgespräche 2012 stellen das Thema Kinder- und Jugendgesundheit in den Mittelpunkt. Wie lauten Ihre konkreten Forderungen an die Politik, um ein gesundes Aufwachsen unserer Jugend zu fördern?

Huber: Das Gesundheitssystem in Österreich ist Weltklasse beim Zugang der Bevölkerung zu Gesundheitsleistungen. Vom Ergebnis her ist das System aber auf jeden Fall verbesserungswürdig. Obwohl wir viel Geld investieren, haben wir gerade bei der Kindergesundheit massiven Nachholbedarf. Ein großer Prozentsatz unserer Kinder ist übergewichtig. Sie haben zu früh und zu viel Kontakt mit Alkohol und einen akuten Bewegungsman-

„Obwohl wir viel Geld investieren, haben wir gerade bei der Kindergesundheit massiven Nachholbedarf.“

gel. Auch auf den „Weltmeistertitel“ rauchender Kinder können wir verzichten! Wir alle, Gesellschaft und Politik, können das Problem nicht nur auf die Eltern oder die Schule abschieben. Wir gehen mit den Kindern nicht gut genug um. In der Vergangenheit wurde in puncto Kindergesundheit einiges verabsäumt. Zum Beispiel könnten die Daten strukturierter Programme wie jene des Mutter-Kind-Passes längst zentralisiert vorliegen, um eine ordentliche Vernetzung der Gesundheitsdaten der Patienten zu bieten. Wir brauchen eine laufende Begleitung unserer Kinder. Leider basiert unser Gesundheitswesen auf Reparaturmedizin statt auf Prävention. Es fehlt die Menschlichkeit im Gesundheitssystem, denn wir investieren viel mehr in die Symptome statt in den Menschen. Da muss dringend angesetzt und etwas verändert werden. Es ist höchste Zeit, hier etwas zu tun. Aber zuerst muss das Bewusstsein dafür geschaffen werden.

Beim Forum Alpbach 2011 haben wir für dieses Thema schon sensibilisiert, und es beginnt bereits ein Umdenken. Aber auf Worte müssen jetzt endlich Taten folgen!

P: Im Rahmen einer gemeinsamen Initiative des Hauptverbands, der Krankenkassen und der Pharmawirtschaft sollen noch heuer Projekte im Bereich Kindergesundheit und Prävention im Ausmaß von 6,75 Millionen Euro gefördert werden. Wie kam es dazu?

Huber: Kindergesundheit und Prävention sind absolut wichtige Ziele im Gesundheitswesen. Die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen gegenüber den Patienten muss gestärkt werden. Aber hier warten wir nicht, bis eine Gesundheitsreform kommt, sondern machen auf Basis des Rahmen-Pharmavertrags gemeinsam mit unserem Partner, dem Hauptverband, eine Reform von innen heraus. Wir, die Pharmig, hatten die Idee, einen Teil der Solidarbeiträge in Projekte zu investieren, die die Kindergesundheit und die Prävention fördern. Mit diesem Vorschlag sind wir an den Hauptverband und die Krankenkassen herangetreten. Nun sind wir ein Team aus Entscheidungsträgern, die sich des Themas annehmen und etwas verändern werden. Das passiert in Form von förderungswürdigen innovativen Projekten, die dazu beitragen werden, die Situation der Kinder und Jugendlichen – nicht nur im Gesundheitssystem – zu verbessern. Aus der engen Zusammenarbeit zwischen Hauptverband, Krankenkassen und Pharmawirtschaft resultiert Vertrauen. Dieses wird langfristig dazu führen, in Zukunft noch besser und lösungsorientierter zusammenzuarbeiten.

P: Inwiefern halten Sie Investitionen in Projekte zur Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit für sinnvoll? Welche Rückkopplungen könnten wir uns von derartigen Investitionen erwarten?

Huber: Wir müssen langfristig an den Standort Österreich denken, der im Wettbewerb zu anderen Staaten steht. Wie gesund die



Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag

Ziel des Rahmen-Pharmavertrags ist es, durch einen freiwilligen Beitrag der pharmazeutischen Unternehmen und der pharmazeutischen Großhandelsfirmen die Leistungsfähigkeit der sozialen Krankenkassen, insbesondere auch gegenüber dem Patienten, zu unterstützen. Der erste Rahmen-Pharmavertrag wurde 2008 zwischen Pharmawirtschaft und Sozialversicherung abgeschlossen. Mit 01. 07. 2011 wurde eine Verlängerung bis 31. 12. 2015 vereinbart. In diesem Zeitraum leistet die Pharmawirtschaft einen Beitrag von 82 Millionen Euro.

Neu ist, dass in dieser Gesamtsumme ein Betrag von **6,75 Millionen Euro brutto für Maßnahmen im Rahmen gemeinsamer Gesundheitsziele zu den Themen Kindergesundheit und Prävention über die Laufzeit des Rahmen-Pharmavertrages** zweckgebunden wird. Somit stehen bis 2015 jährlich ca. € 1,5 Millionen für Förderungen zu diesen Themen zur Verfügung. Die Intention der Vertragspartner ist hier, durch innovative Maßnahmen/Projekte der Öffentlichkeit, anderen Partnern im Gesundheitswesen und der Politik Handlungsnotwendigkeiten in den Bereichen Kindergesundheit und Prävention aufzuzeigen und nicht zuletzt zu zeigen, wie leistungsfähig zwei Partner im Gesundheitswesen sein können. Auf dieser Grundlage und im Rahmen dieser Zweckwidmung besteht die Möglichkeit, Förderanträge einzubringen.

Fördergegenstand im Jahr 2012

Fördergegenstand sind Projekte im Bereich **Kindergesundheit und Prävention**, wobei im Jahr 2012 der Schwerpunkt auf Projekte zu dem Thema Kindergesundheit gesetzt wird.

Förderungen sind grundsätzlich möglich für Projekte, die sich mit dem Fördergegenstand befassen. Gefördert werden können auch Projekte, die sich mit dem Fördergegenstand unter dem Gesichtspunkt von Forschungsprojekten und wissenschaftlichen Arbeiten auseinandersetzen.

Informationen zur Einreichung von Förderanträgen

Alle Informationen finden Sie auf der Homepage der Pharmig unter www.pharmig.at oder unter www.hauptverband.at. Förderanträge können vom **11. Juni bis 05. August 2012 (einlangend)** elektronisch unter folgenden E-Mail-Adressen eingebracht werden: gesundheitsziele@pharmig.at und/oder gesundheitsziele@hvb.sozvers.at.

Bekanntgabe der geförderten Projekte im Förderjahr 2012

Nach Prüfung der formalen Voraussetzungen und der Vollständigkeit werden die eingereichten Förderanträge im Laufe des Herbstes 2012 bewertet. Die Bekanntgabe der geförderten bzw. nicht geförderten Projekte im Förderjahr 2012 wird Mitte Dezember 2012 erfolgen und dem Antragsteller mitgeteilt werden. Ein Rechtsanspruch auf Gewährung einer Förderung besteht nicht.

Österreicher in Zukunft sein werden und welche Belastungen auf das Gesundheitswesen zukommen, hängt entscheidend davon ab, wie und in welcher Umwelt unsere Kinder und Jugendlichen aufwachsen. Gesundheit ist eine wichtige Säule unserer Volkswirtschaft. Da auch Bildung letztlich zu höherer Gesundheit führt, müssen wir unsere Kinder besser und nachhaltiger aus- und weiterbilden. Jede Investition in Projekte zur Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit ist essenziell. Wer das leugnet, verleugnet die Gesellschaft.

P: Viele in der Kinderheilkunde eingesetzten Medikamente sind für diese Patientengruppe nicht ausreichend erforscht. Was halten Sie von der Einbindung von Kindern in klinische Studien?

Huber: Kinder jeder Altersstufe müssen in klinische Studien eingeschlossen werden. Nur durch bestgeprüfte Arzneimittel mit dem höchsten Arzneimittelsicherheitsstatus können sie optimal versorgt werden. Früher wurde der Einschluss von Kindern in Studien aufgrund der aus der damaligen Sicht ethischen Moralvorstellungen verwehrt. Heute sind Kinder allerdings in klinischen Studien viel besser aufgehoben, da die Anforderungen an die Behandlung viel höher sind und sie einer laufenden Kontrolle unterliegen. Grundsätzlich ist es den Eltern ein Anliegen, ihre Kinder bestens versorgt und behandelt zu wissen. Daher müssen wir sie in Zukunft verstärkt über die Vorteile von Studien aufklären. Gera-

de Kinderärzte können dazu einen wesentlichen Beitrag leisten. Aus diesen Gründen unterstützt die Pharmig Kinderforschungsnetzwerke, um die Durchführung notwendiger klinischer Studien zu erleichtern. Der Vorteil hierbei ist, dass die Daten aller Kinderstudien an einem Ort zusammengefasst werden und ein zentraler Zugang zu ihnen für Patienten, Eltern und Kinderärzte als Anlaufstelle geschaffen werden kann.

BioBox:

Nach Abschluss seines Jusstudiums 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 Projektteilung 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.



Am 26. April 2012 wurde Dr. Herwig Lindner, Vertreter der „Interessengemeinschaft Ärzte“, mit überwältigender Mehrheit zum Präsidenten der steirischen Ärztekammer gewählt. Im Gespräch mit dem Periskop bezieht Dr. Lindner Stellung zu Strukturreformen, spricht über die Ideen der Ärztekammer und seine Pläne für die Zukunft des Gesundheitssystems der Steiermark.

DR. HERWIG LINDNER
PRÄSIDENT DER ÄRZTEKAMMER STEIERMARK

„Für eine sinnvolle Strukturreform unter Einbeziehung der ärztlichen Kompetenzen“

VON MAG. (FH) MARTINA DICK

P: Ende April 2012 wurden Sie zum Präsidenten der steirischen Ärztekammer gewählt. Was sind Ihre Ziele in der neuen Funktion?

Lindner: Vorrangig haben wir zwei ganz konkrete Ziele: Einerseits wollen wir uns in notwendige Strukturänderungen proaktiv einbringen. Wir sind keine Verhinderer, wie uns oft angedichtet wird, sondern wollen – genauso wie die Politik – neue, aber sinnvolle Strukturen. Da wir nicht möchten, dass Reformen auf dem Reißbrett der Ökonomen entstehen, ist es uns besonders wichtig, dass die Ärzteschaft mit ihrer Kompetenz auch in Strukturfragen wahrgenommen und von der Politik gehört wird. Ganz klar sehen wir die Notwendigkeit, in den intermediären Zonen, also zwischen Spital und niedergelassenen Ärzten, neue Strukturen zu etablieren, die den Patienten durch die Behandlung führen. Dafür sehen wir drei strukturverbessernde Modelle, die die Spitalsambulanzen wirklich entlasten können: die Umsetzung der Gruppenpraxen, die Ärzte GmbH und die Implementierung von Ärztezentren.

und Fieber in eine Spitalsambulanz kommt, das vier- bis zehnfache im Vergleich zur gleich guten oder sogar besseren wohnortnahen Behandlung durch den Hausarzt. Denkbar ist hier ein Steuerungsmechanismus wie zum Beispiel eine Ambulanzgebühr oder ein Solidarbeitrag, der bei einem direkten Aufsuchen der Spitalsambulanz eingehoben wird. Die vorhandenen Mittel im Gesundheitswesen

können so sinnvoller verwendet werden. Das wird auch im Hinblick auf Multimorbiditäten oder die Zunahme von Krebserkrankungen notwendig sein, die mit teuren Medikamenten behandelt werden müssen. Die Leistungen müssen künftig zielgerichtet dort erbracht werden, wo sie für die Betroffenen am wichtigsten sind und wo es darüber hinaus ökonomische Vorteile bringt.

P: Wie steht es um die medizinische Forschung in Graz als Universitätsstandort?

Lindner: Unsere hochqualifizierten und gut ausgebildeten Wissenschaftler sollen wieder mehr Zeit für die Forschung erhalten. Derzeit wenden sie über neunzig Prozent ihrer Arbeitszeit für die Arbeit am Patienten – grundsätzlich ja nichts Schlechtes – und Verwaltungsaufgaben auf. Durch adäquate Veränderungen sollen Mediziner, die auch in der Forschung an den Universitätskliniken tätig sind, dreißig Prozent ihrer Tagesarbeitszeit für die Forschung aufwenden können.

wir gemeinsam mit der Politik und der Sozialversicherung gefordert, ein geeignetes System zu finden.

P: Wie stehen Sie zur Thematik des Fachärztemangels in der Steiermark?

Lindner: Als Universitätsstandort haben wir kaum einen Mangel an Fachärzten. Fachspezifisch sehen wir jedoch einen Bedarf an Anästhesisten und in der Psychiatrie. Begründet ist diese Entwicklung auch in den zu niedrigen Honorarvereinbarungen sowie einem überarbeitungswürdigen Honorarkatalog. Daran arbeiten wir bereits in Abstimmung mit der Sozialversicherung.

P: Wie sieht die Arbeitssituation für Turnusärzte in der Steiermark aus? Welche Services bietet die

Ärztekammer Steiermark für Jungmediziner?

Lindner: Ich selbst bin als Turnusarzt vor zwanzig Jahren in die Ärztekammer gekommen, schon damals war die Situation schwierig. Es hat sich einiges verbessert. Dennoch werden Turnusärzte zu häufig für systemerhaltende Tätigkeiten eingesetzt. Damit verschwenden wir wertvolles Kapital, denn schlecht ausgebildete Ärzte sind immer teuer. Im Gegensatz dazu kommt die Investition in die Ausbildung langfristig immer dem Patienten und dem Gesundheitssystem zugute. Das aktuell diskutierte Gesetz, das ein „Turnusärzte-Pooling“ vorgesehen hatte, konnte vorerst abgewendet werden. Umsetzen konnten wir gemeinsam mit der KAGES eine transparente Warteliste für den Turnus. Wir benötigen aber mehr Zeit für die Ausbildung und ein gesetzlich verankertes Tätigkeitsprofil für Turnusärzte. Und außerdem Menschen, die Gesetze nicht nur im Sinne der Ökonomie, sondern auch mit Blick auf die Zukunft – in der unser System auf bestens ausgebildete Ärzte angewiesen sein wird – sowie im Sinne der Patienten machen. Ausbildung und ausreichend Personal sind die besten Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

P: Wir haben in Österreich ein sehr gutes, sozial ausgewogenes Gesundheitssystem. Ist ein System aus dem 19. Jahrhundert im 21. Jahrhundert noch zeitgemäß?

Lindner: Der Grat zwischen sinnvollem Sparen, also dem vernünftigen Einsatz der vorhandenen Mittel in der Gesundheitsversorgung, und einem „Zu-Tode-Sparen“ ist ein sehr schmaler. Wird zu sehr



„... drei strukturverbessernde Modelle, die die Spitalsambulanzen wirklich entlasten können: die Umsetzung der Gruppenpraxen, die Ärzte GmbH und die Implementierung von Ärztezentren.“

an allen Ecken und Enden geschraubt und reduziert, geht das immer zulasten der Qualität. Die Privatwirtschaft hat erkannt, dass der Wirtschaftsmotor des 21. Jahrhunderts das Gesundheitswesen ist. In einem Sektor der Volkswirtschaft, der zu boomen beginnt, darf

man nicht sparen, sondern im Gegenteil, man muss Geld in die Hand nehmen und investieren. Das wäre also das Gegenteil von dem, was wir aktuell tun.

P: Wenn Sie einen Wunsch hinsichtlich des Gesundheitssystems frei hätten, was würden Sie sich wünschen?

Lindner: Ich wünsche mir, dass die Ärzte als diejenigen wahrgenommen werden, die auch die Kompetenz haben, in der Strukturplanung wichtige Beiträge für ein zukunftssicheres Gesundheitswesen leisten zu können. Notwendige Reformen im Gesundheitssystem werden nur erfolgreich sein, wenn sie unter Beteiligung der Ärzte stattfinden. Die Politik kann auf unser Know-how zurückgreifen, damit wir ein zukunftssicheres Gesundheitssystem in der Steiermark planen, entwickeln und langfristig sichern können.

P: Gibt es auch intramural Themen, die Sie dringend verändern möchten?

Lindner: Handlungsbedarf sehen wir auch in der Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Spitalsärzte. Eine Befragung der KAGES hat ergeben, dass fünfzig Prozent aller Spitalsärzte auf einer der drei Stufen eines Burn-out sind. Wir konzentrieren uns vorerst auf eine Verkürzung der Nachtdienste auf 25 Stunden am Stück. Derzeit haben wir in den Landesspitälern 28-Stunden-Dienste. Im Sinne einer qualitativ bestmöglichen Patientenversorgung sollte es doch möglich sein, dass Ärzte in allen Spitälern nach 25 Stunden Dauerdienst das Haus verlassen können.

P: Geben Sie uns bitte aus Ihrer Sicht einen kurzen Ausblick auf die nähere Zukunft des Gesundheitswesens in der Steiermark. Was sind Ihre zentralen Themen?

Lindner: Die Stärkung des niedergelassenen Bereichs ist die einzige Möglichkeit, etwas Positives zu bewegen. Dadurch können die Spitalsambulanzen entlastet werden und bekommen die Arbeitsverdichtung sowie die Kosten in den Griff. Denn intramural kostet die Versorgung ein und desselben Patienten, der mit Schnupfen

nen. Auch für dieses Problem sehen wir die Lösung in der Stärkung der zuvor angesprochenen intermediären Zonen.

P: In den meisten ländlichen Regionen spielt der Hausarzt eine Schlüsselrolle in der Versorgung. Ist die Grundversorgung der Patienten in der Steiermark gesichert? Wo kann sie verbessert werden?

Lindner: Ordinationen in der Peripherie sind sehr schwer zu erhalten. Einerseits verlieren die niedergelassenen Ärzte zunehmend die Hausapotheken und andererseits herrscht in einigen Regionen Nachwuchsmangel. Durch entsprechende Bonifikationen der Sozialversicherungen könnte die Führung einer Ordination in der Peripherie etwas attraktiver gestaltet werden. Hier sind



BioBox: Dr. Herwig Lindner wurde 1962 in Judenburg geboren, studierte Medizin an der Universität Graz und promovierte 1993 zum Dr. med. univ. Die Facharztausbildung zum Internisten absolvierte er von 1997 bis 2002 am Universitätsklinikum Graz. Es folgten Zusatzausbildungen in Gastroenterologie und Hepatologie sowie Infektiologie und Tropenmedizin. Mit der politischen Vertretung der steirischen Ärzte in der Ärztekammer des Landes begann Dr. Herwig Lindner 1994. Für seine Verdienste um das Dienst- und Besoldungsrecht erhielt er das Goldene Ehrenzeichen der steirischen Ärztekammer. Seit 26. April 2012 ist Dr. Lindner Präsident der Ärztekammer Steiermark.

Rückblick: Podiumsdiskussion im Rahmen des Kongresses „Integrierte Versorgung: durch Kooperation und Netzwerkarbeit zum Erfolg?!“

VON MAG. NINA BENNETT, MA

Die Fachhochschule Oberösterreich, Fakultät für Gesundheit und Soziales am Campus Linz, lud im Mai dieses Jahres zum Kongress „Integrierte Versorgung“. Dessen Ziel war es, den Diskurs zur Weiterentwicklung der integrierten Versorgung in Österreich anzuregen und bisherige Trends auf diesem Gebiet näher zu betrachten. Im Rahmen des Kongresses fand eine Podiumsdiskussion zum Thema „Schritte der Kooperation, um Netzwerkarbeit im Sinne der Patienten und Klienten voranzutreiben!?“ statt. Dabei debattierten die Teilnehmer über die Wichtigkeit der integrierten Versorgung für die Zukunft sowie die Defizite und das Verbesserungspotenzial in diesem Bereich.



Die Teilnehmer der Podiumsdiskussion konnten einen Konsens darüber erreichen, dass der Patient im Rahmen der integrierten Versorgung immer im Mittelpunkt stehen müsse. Als zukünftige Herausforderung wurde vor allem der Anstieg der chronisch kranken Personen gesehen. Dieser mache eine Optimierung der Schnittstellen mit Hilfe der integrierten Versorgung notwendig. Als erster Redner beleuchtete Alois Stöger diplomé, Bundesminister für Gesundheit, die für ihn größten Herausforderungen des österreichischen Gesundheitswesens und brachte konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Situation ein: „Zu den größten Herausforderungen im österreichischen Gesundheitssystem zählt die Anpassung an moderne Erfordernisse. Sektorenübergreifende Vernetzung und multidisziplinäre Zusammenarbeit verbessern dabei die Qualität und Effizienz der Versorgung. Ziel ist es, die Übergänge zwischen den unterschiedlichen Behandlungs- und Fachbereichen durch Modelle der integrierten Versorgung zu optimieren und die Nahtstellen zwischen den einzelnen Bereichen ganzheitlich, effizient, effektiv und patientenorientiert zu gestalten.“ Rudolf Hundstorfer, Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, ergänzte: „Integrierte Versorgung ist für die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems von größter Bedeutung. Es zählt zu den besten der Welt, doch die Bedürfnisse und Anforderungen der Menschen verändern sich. Eine integrierte Versorgung soll das österreichische Gesundheitswesen weiter verbessern und eine koordinierte und vernetzte Behandlung der

Patienten gewährleisten.“ Weiters stellte Hundstorfer fest: „Eine Reform wird es nur geben, wenn sich diese Entscheidungsstrukturen verschieben. Es sollte klar strukturiert sein, welche Kompetenzen die Medizin, die Pflege, das Land und die Krankenkassen haben. Es gibt derzeit eine Entwicklung in diese Richtung.“

Mehr Investitionen in eine Gesundheitsorientierung des Systems

Dr. Peter Niedermoser, Präsident der Oberösterreichischen Ärztekammer, sprach über die Stärkung des extramuralen Bereichs sowie die Grundsätze, um integrierte Versorgung zu optimieren: „Gerade der extramurale Bereich in Österreich muss gestärkt werden, damit auch die niedergelassenen Ärzte in der integrierten Versorgung zu gleichen Teilen mitwirken können. Wenn der Hausarzt auch künftig eine Rolle spielen soll, muss die Ausbildung verbessert und die Finanzierung optimiert werden. Zudem wünsche ich mir eine offene Diskussion auf welcher Ebene des Gesundheitssystems die Patienten am optimalsten zu betreuen sind.“ Dr. Josef Probst, Generaldirektor-Stellvertreter, erläuterte: „Mit dem Masterplan Gesundheit wurde von Seiten der Sozialversicherung eine Diskussionsgrundlage zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens vorgelegt. Die Schwerpunkte liegen dabei auf der Patientenorientierung und einer Optimierung der Versorgungsstrukturen. Die Patienten sollen an der Weiterentwicklung des System beteiligt werden, und in der Krankenbehandlung eine aktive Rolle einnehmen. Transparenz unterstützt dabei ein zielorientiertes Vorgehen, weil es Spielräume ineffizienten Handelns einschränkt. Um ein mehr an gesunden Lebensjahren für die Österreicher zu erreichen, müssen wir einerseits Gesundheitsförderung und Prävention ausbauen, und andererseits die Krankenbehandlungsprozesse optimieren.“ Prim. Dr. Walter Aichinger, Landtagsabgeordneter der ÖVP, stellte fest, dass integrierte Versorgung zu einem ähnlichen „Unwort“ zu verkommen drohe wie „Spitalsreform“: „Viele Vorschläge der integrierten Versorgung sind von Partikularinteressen geprägt und befassen sich nicht ausreichend mit dem Bedürfnis der Patienten nach Struktur und Hilfestellung. Sie setzen sich großteils mit Organisatorischem auseinander. Nur eine Verfassungsreform mit klarer Aufgabenzuordnung zu den einzelnen Ge-



bietskörperschaften bzw. Gesundheitsdienstleistern würde Abhilfe schaffen. Das Fell des Bären muss neu verteilt werden, doch wer kann ihn erlegen?“

Koordinierte und vernetzte Zusammenarbeit im Sinne der Patienten

Mag. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr, Vorstandsmitglied der Österreichischen Apothekerkammer und Apothekerin in Neuzeug, lieferte zu bereits stattfindender integrierter Versorgung ein konkretes Beispiel: „Oberösterreichische Apotheker bieten im Rahmen eines Pilotprojekts die Unterstützung des Disease-Management-Programms (DMP) ‚Therapie aktiv‘. Im Rahmen dessen sind drei Handlungsfelder für Apotheker vorgesehen: Zum ersten werden mittels so genannter FINDRISK-Fragebögen noch nicht diagnostizierte Personen mit hohem Diabetes-Risikopotenzial herausgefiltert und an den Arzt zur Abklärung verwiesen. Zweitens motivieren wir Patienten zur Teilnahme am Programm. Drittens werden die Apotheken mit dem

Hausarzt des Patienten zusammenarbeiten und nichtärztliche Beratungsleistungen aus dem ‚Therapie aktiv‘-Programm übernehmen. Im Sinne integrierter Versorgung können wir gemeinsam mit den Ärzten und allen an der Betreuung von Diabetikern beteiligten Berufsgruppen die Lebensqualität der Betroffenen verbessern.“ Charlotte Staudinger, Vorstandsmitglied des Vereins der Wiener Sozialdienste und Ombudsfrau im Krankenhaus Nord, stellte fest, dass das österreichische Gesundheitswesen durch organisatorisch fragmentierte Strukturen gekennzeichnet ist: „Dadurch ergeben sich Schwächen, die sich vor allem für die Patienten als große Hürde erweisen. Wesentliche Schwachpunkte sind, dass diese oft nicht wissen, wer für die einzelnen Leistungsbereiche zuständig ist und wie die Finanzierung erfolgt. Im Sinne der Patienten plädiere ich auf eine koordinierte und vernetzte Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern.“

Ein Ausblick

Die diesjährige Veranstaltung zeigte erneut die Bedeutsamkeit der integrierten Versorgung in Österreich und eines notwendigen gemeinsamen Diskurses zu diesem Thema auf. Unterschiedliche Sichtweisen und Erfahrungen boten wichtige kritische Anregungen, zeigten Raum für Verbesserungen auf und zeichneten ein Bild der zukünftigen integrierten Versorgung in unserem Land.

TEILNEHMERINNEN DER PODIUMSDISKUSSION

(in alphabetischer Reihenfolge)

Prim. Dr. Walter Aichinger

Landtagsabgeordneter der ÖVP

Rudolf Hundstorfer

Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

Mag. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr

Vorstandsmitglied der Österreichischen Apothekerkammer und Apothekerin in Neuzeug

Dr. Peter Niedermoser

Präsident der Oberösterreichischen Ärztekammer

Dr. Josef Probst

Generaldirektor-Stellvertreter im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Charlotte Staudinger

Vorstandsmitglied des Vereins der Wiener Sozialdienste und Ombudsfrau im Krankenhaus Nord in Wien

Alois Stöger diplomé

Bundesminister für Gesundheit



37. Welldone Lounge: **iLounge – im Zeichen des Aufbruchs**

UNTER DIESEM MOTTO BEGRÜSSTE DIE WELLDONE GMBH, WERBUNG UND PR AM 29. MÄRZ DAS FRÜHJAHR IN DER AULA DER WISSENSCHAFTEN: BEI DER 37. WELLDONE LOUNGE FUNGIERTE MAG. DR. HANS JÖRG SCHELLING, VORSITZENDER DES VERBANDSVORSTANDES IM HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER, ALS KEYNOTE-SPEAKER.

Die 37. Welldone Lounge stand ganz im Zeichen des bevorstehenden Osterfestes. Unter dem Motto „iLounge – im Zeichen des Aufbruchs“ folgten rund 400 geladene Gäste der Einladung und dem Impulsreferat von Mag. Dr. Hans Jörg Schelling. Die Aula der Wissenschaften – gehüllt in österliches Flair – erwies sich dabei als ideale Location, um die Vertreter aus Politik und Wirtschaft sowie aus dem österreichischen Gesundheitswesen zum Meinungsaustausch zu versammeln. Robert Riedl, Geschäftsführer der Welldone GmbH, Werbung und PR eröffnete die Veranstaltung und hieß die zahlreichen Gäste willkommen. Nach den einleitenden Worten von Mag. (FH) Birgit Bernhard, Head of Accounts, sprach Hans Jörg Schelling zum Motto des Abends.

Die Zukunft des österreichischen Gesundheitswesens

In seinem Impulsvortrag zog Hans Jörg Schelling eine Zwischenbilanz zum aktuellen Stand der Gesundheitsreform und der bisherigen Erfolge durch den Masterplan Gesundheit. Wichtig sei nun die weitere konsequente Umsetzung, bevorzugt in mehreren kleinen Schritten, die in die richtige Richtung führen sollten. Schelling konnte eine weit höhere Konsolidierung aufzeigen, als vom Bund aufgetragen worden war: „Für die Periode 2010 bis 2013 haben wir ein Kostendämpfungspotenzial von rund 2,4 Milliarden Euro erreicht. Bis 2013 sind insgesamt 3,5 Milliarden Euro Kostendämpfung zu erzielen. Wir sind optimistisch, diese Vorgabe erreichen zu können. Zudem haben alle Kassen 2011 positiv bilanziert.“ Neben der Kostendämpfung hat der Masterplan Gesundheit die ersten national einheitlichen Gesundheitsziele hervorgebracht. Seit heuer können alle erforderlichen Maßnahmen auf dieser Basis definiert werden. Einigkeit herrscht in den Bereichen Finanz- und Versorgungsstatus sowie über die Definition der Zuständigkeiten auf Bundes- und Landesebene. „In puncto Finanzströme haben die Mitglieder unserer neu installierten Steuerungsgruppe – mit jeweils zwei Vertretern des Bundes, des Landes sowie der Sozialversicherungen und meiner Person – noch keinen Konsens erzielt. Es zeichnet sich jedoch ein Kompromiss im Sinne eines vertraglichen Verrechnungskontos ab“, berichtete Schelling. Die nächsten Schwerpunkte sah er im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung: „Es muss klar kommuniziert werden, dass das Zahlen von Krankenversicherungsbeiträgen nicht das Recht auf Krankheit, sondern die Verpflichtung zur Gesundheit bedeutet.“ Mit diesem Appell richtete sich Schelling an die Bürger. Diese könnten mit einem höheren Maß an Eigenverantwortung und der Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen wesentlich zum Gelingen des Masterplans Gesundheit beitragen. Denn mehr Ausgaben pro Kopf im Gesundheitsbereich würden nicht automatisch eine höhere Lebenserwartung bedeuten. Abschließend skizzierte Schelling den weiteren Fahrplan, der bis Ende 2012 die Fixierung aller notwendigen Vereinbarungen vorsieht. 2013 sollen alle Vorbereitungen zur Umsetzung getroffen werden, um 2014 den Masterplan Gesundheit sowie die österreichischen Gesundheitsziele zu verwirklichen.





01 | Hans Jörg Schelling/Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Robert Riedl/Welldone **02** | Hartmut Pelinka/AUVA **03** | Hans Jörg Schelling/Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger **04** | Birgit Bernhard/Welldone **05** | Publikum **06** | Hans Jörg Schelling/Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Robert Riedl/Welldone **07** | Walter Dörner/Österreichische Ärztekammer **08** | Hans Jörg Schelling/Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Ulrike Mursch-Edlmayr/Österreichische Apothekerkammer, Franz Bittner/PERI Human Relations **09** | Robert Riedl/Welldone, Martin Stickler/Verlagshaus der Ärzte **10** | Robert Riedl/Welldone **11** | Alexander Schauflinger/PERI Consulting, Markus Stickler/PERI Consulting **12** | Viktor Sobol/AOP Orphan, Renée Gallo-Daniel/PERI Human Relations, Gert Nowak/Pharmaselect **13** | Bernhard Zinner/Baxter, Michael Kunze **14** | Birgit Bernhard/Welldone, Sabine Gras/Igepha, Beatrix Kollmann/Welldone **15** | Jan Oliver Huber/Pharmig, Hans Jörg Schelling/Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Robin Rumler/Pfizer Corporation Austria GmbH **16** | Birgit Bernhard/Welldone, Ulrike Mursch-Edlmayr/Österreichische Apothekerkammer **17** | Bernhard Dworak **18** | Soheyl Liwani, Emmy Wöss **19** | Dietmar Pichler/Welldone, Doris Augustin/Welldone, Kurt Moser/Welldone **20** | Robert Riedl/Welldone, Birgit Bernhard/Welldone, Hans Jörg Schelling/Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger **21** | Pia Maria Jost/MSD, Sigrid Haslinger/MSD, Gabriele Kos, Hanns Kratzer/PERI Consulting **22** | Katrin Müllner/Vifor Pharma, Caroline van Kelst, Houman Kamali/Vifor Pharma **23** | Wilfried Teufel/PERI Marketing & Sales Excellence, Andreas Steiner/Tilak, Philipp Lindinger/Austromed **24** | Hans Jörg Schelling/Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Jan Oliver Huber/Pharmig, Robert Riedl/Welldone **25** | Kathrin McEwen/Ärzttekammer für Wien, Hans-Peter Petutschnig/Ärzttekammer für Wien **26** | Philipp Lindinger/Austromed, Hans-Heinz Brady **27** | Natascha Szakusits/Welldone, Beatrix Kollmann/Welldone **28** | Eva Brosch/Medupha, Andreas Steiner/Tilak, Arndt Gross/Pfizer, Beatrix Krawany/PERI Marketing & Sales Excellence **29** | Susanne Flo/Welldone, Martina Dick/Welldone, Natascha Szakusits/Welldone **30** | Christina Nageler/IGEPHA, Sven Albart **31** | Claudia Chlumecky/SANOVA Pharma GmbH **32** | Martin Stickler/Verlagshaus der Ärzte, Robert Riedl/Welldone **33** | Hartmut Pelinka/AUVA **34** | Christiane Körner/Österreichische Apothekerkammer, Heinrich Burggasser/Österreichische Apothekerkammer **35** | David Nalband,/Cegedim **36** | Herwig Niessner, Mathilde Niessner **37** | Houman Kamali/Vifor Pharma, Caroline van Kelst **38** | Hans-Peter Petutschnig/Ärzttekammer für Wien, Hanns Kratzer/PERI Consulting **39** | Eva Brosch/Medupha, Claudia Werners/Medupha, Agnes Mühlgassner/Österreichische Ärztezeitung **40** | Hartmut Pelinka/AUVA, Robert Fischer **41** | Martin Stickler/Verlagshaus der Ärzte, Bernhard Zinner/Baxter, Michael Kunze **42** | Josef Probst/Hauptverband der Österreichischen SVA, Hans-Heinz Brady, Robert Riedl/Welldone **43** | Michael Heinrich, Claudia Dungi **44** | Gabriele Fischer-Ahrens/ORF Nachlese, Marie Fischer/Miss **45** | Birgit Bernhard/Welldone, Ursula Haimberger/SMG



46 | Alexander Schauflinger/PERI Consulting, Josef Lettl/Air Liquide Austria GmbH, Gerald Schwaiger/Air Liquide Austria GmbH 47 | Brigitte Pakes/MSD, Michael Heinrich, Claudia Dungal 48 | Tatjana Traub-Weidinger, Franz Weidinger/Krankenanstalt Rudolfstiftung 49 | Robert Riedl/Welldone, Jakob Bieber/Allgemeinmediziner 50 | Manuel Reiberg/Daiichi Sankyo, Georg Wager/Esai 51 | Birgit Bernhard/Welldone, Ulrike Mursch-Edlmayr/Österreichische Apothekerkammer 52 | Hans-Heinz Brady, Robert Riedl/Welldone 53 | Sarah Joschtel/Welldone, Nina Bennett/Welldone, Dietmar Pichler/Welldone, Natascha Windpassinger/Welldone, Nina Fuchs/Welldone, Marina Stögner/PERI Group, Sylvia Reienthaler/PERI Marketing & Sales Excellence 54 | Robert Riedl/Welldone, Andreas Kronberger/Baxter 55 | Manfred Vogl/Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Vamed, Paul Tajmel/VAMED-KMB 56 | Marie Fischer/Miss, Gabriele Fischer-Ahrens/ORF Nachlese 57 | Paul Tajmel/VAMED-KMB, Marlies Müller/Weingut Müller-Grossmann, Manfred Vogl/Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Vamed, Ingrid Bauer/VAMED-KMB, Sandra Freudenthaler/Vamed, Gregor Neubacher/Vamed 58 | Wolfgang Gollneritsch/Vifor Pharma Österreich GmbH 59 | Nina Prieschl/Vamed, Andreas Brunntahler/ITSV 60 | Selbsthilfegruppe Schmerz 61 | Erwin Rebhandl/AM Plus, Robert Riedl/Welldone 62 | Nina Thill/GSK, Wolfgang Bereuter, Sabrina Raz 63 | Stefanie Pingitzer/LiLo Ventures, Martin Stickler/Verlagshaus der Ärzte 64 | Jan Oliver Huber/Pharmig, Marion Kronberger/AM Plus 65 | Eduard Frosch/VAMED-KMB, Edeltraud Bieber/VAMED-KMB 66 | Tamara Meixner/MSD, Birgit Bernhard/Welldone 67 | Robert Riedl/Welldone, Josef Probst/Hauptverband der Österreichischen SVA 68 | Erwin Rebhandl/AM Plus, Robert Riedl/Welldone 69 | Martina Madner/Arbeiterkammer Wien, Kurt Moser/Welldone 70 | Claudia Dungal, Michael Heinrich 71 | Alexander Schauflinger/PERI Consulting, Marion Kronberger/AM Plus



72 | Bernhard Poszvek/Sandoz 73 | Martha Bousek/GlaxoSmithKline Pharma GmbH, Brigitte Engin-Deniz, Sylvia Unterdorfer/ORF Gesundheitsredaktion 74 | Andreas Walter 75 | Dagmar Tschöp/Pfizer, Birgit Bernhard/Welldone, Nina Prieschl/Vamed 76 | Gert Nowak/Pharmaselect, Viktor Sobol/AOP Orphan, Andreas Kronberger/Baxter 77 | Nina Prieschl/Vamed, Jakob Bieber, Allgemeinmediziner 78 | Natascha Windpassinger/Welldone, Larissa Horvath/BIPA, Natascha Szakusits/Welldone 79 | Gabriele Fischer Ahrens/ORF Nachlese, Nikolaus Peternik 80 | Elisabeth Marschall/Menarini Pharma, Irene Schwarz/Mundipharma 81 | Ingrid Bauer/VAMED-KMB, Gregor Neubacher/Vamed, Susanne Flo/Welldone 82 | Walter Dörner/Österreichische Ärztekammer, Christiane Körner/Österreichische Apothekerkammer, Hartmut Pelinka/AUVA 83 | Selbsthilfegruppe Schmerz 84 | Sigrid Haslinger/MSD, Brigitte Pakes/MSD 85 | Veronika Häusler/Roche Austria GmbH, Erwin Rehandl/AM Plus, Wilfried Teufel/PERI Marketing & Sales Excellence, Dagmar Tschöp/Pfizer 86 | Dagmar Tschöp/Pfizer, Eva Brosch/Medupha, Claudia Werners/Medupha 87 | Isabelle Lampaert/Welldone, Alexander Schauflinger/PERI Consulting, Larissa Horvath/BIPA, Beatrix Kollmann/Welldone, Susanne Flo/Welldone, Natascha Szakusits/Welldone, Natascha Windpassinger/Welldone, Sarah Joschtel/Welldone, Marina Stögner/PERI Group 88 | Claudia Dungal, Michael Heinrich 89 | Valentin Schuler/Eli Lilly, Tamara Meixner/MSD 90 | Anny Barkhordarian/Pfizer, Robert Riedl/Welldone, Hans Jörg Schelling/Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Alexander Hagenauer/Bundesministerium für Gesundheit 91 | Brigitte Engin-Deniz, Thomas Stefanelli, Sylvia Unterdorfer/ORF Gesundheitsredaktion, Michael Heinisch/Vinzenz Gruppe 92 | Nina Prieschl/Vamed, Edeltraud Bieber/VAMED-KMB 93 | Andreas Walter, Jakob Bieber, Allgemeinmediziner 94 | Eduard Frosch/VAMED-KMB 95 | Edeltraud Bieber/VAMED-KMB, Thomas Rothbauer/VAMED-KMB 96 | Natascha Szakusits/Welldone, Bettina Wimmer/netdoktor.at, Stefan Eichler/Goldbach Austria, Dietmar Pichler/Welldone, Zuzana Kovacova/Goldbach Austria, Sylvia Reisenhalter/PERI Marketing & Sales Excellence, Lisa Graham/PERI Consulting 97 | Veronika Häusler/Roche Austria GmbH, Wilfried Teufel/PERI Marketing & Sales Excellence, Eva Brosch/Medupha 98 | Brigitte Waggo, Bernhard Zinner/Baxter Healthcare GmbH 99 | Tamara Meixner/MSD, Sabrina Raz 100 | Sandra Freudenthaler/Vamed, Birgit Bernhard/Welldone, Manfred Vogl/Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Vamed

„Gesundheit für Mensch und System“

VON MAG. (FH) MARTINA DICK

An der Spitze der steirischen Landessanitätsdirektion steht seit 1998 Dr. Odo Feenstra. Mit rund achtzig Mitarbeitern bewältigt diese Abteilung eine große Bandbreite an verschiedensten Aufgaben im Dienste der öffentlichen Gesundheit. Das reicht vom einfachen Infektionsschutz samt reisemedizinischer Beratungsstelle über die allgemeine Gesundheitsvorsorge für die steirische Bevölkerung, die Koordination der Hauskrankenpflege sowie der extramuralen Psychiatrie, die Bereitstellung medizinischen Sachverständigenwissens für den Verwaltungssenat und Behörden bis hin zu Gesundheitsförderungsagenden und der Lebensmittelaufsicht. Mit dem Periskop sprach Dr. Odo Feenstra über seine Arbeit.

im Sommer 2011 eingeführt. Alle Adressaten erhalten konkrete Handlungsanleitungen zum bestmöglichen Umgang mit Hitzeperioden. Die betroffenen Einrichtungen für Kinder, Kranke und Senioren werden benachrichtigt und können Maßnahmen zum Schutz von Gesundheit und Wohlbefinden ergreifen. Ein derart effizientes System gibt es bisher nur in der Steiermark. Generell rücken bei unseren Aktivitäten gerade solche und ähnliche Aufgaben im öffentlichen Interesse stärker in den Mittelpunkt. Das

öffentliche Gesundheitswesen ist gut beraten, diesbezüglich frühzeitig vorzusorgen.

„Die Qualität im Gesundheitssystem ist langfristig gesichert. Unklar bleibt, ob einzelne, vor allem einfache, qualitativ nicht hochwertige Leistungen weiter von der öffentlichen Hand finanziert werden können.“

P: Wie haben sich das Impfverhalten und die Inanspruchnahme der Gratisimpfungen über die letzten Jahre entwickelt?

Feenstra: Das Impfverhalten der Eltern und Kinder ist durchaus positiv. Im niedergelassenen Bereich erreichen wir fast neunzig Prozent. Zehn Prozent der Erwachsenen sind allerdings schlichtweg der Meinung, dass ihr Kind nicht oder nur teilweise geimpft zu werden braucht. Diese Eltern wägen sehr genau nach ihren eigenen Präferenzen ab, welche Impfungen sie ihrem Kind zukommen lassen wollen. Je jünger das Kind ist, desto eher werden Impfungen interessanterweise angenommen. So wurde etwa die Rotavirusimpfung sehr gut akzeptiert. Sie wirkt sich sehr positiv aus, wir verzeichnen dadurch eine starke Reduktion der Erkrankungs- und Krankenhaustage. Diese Impfung ist also sowohl für den Einzelnen als auch gesundheitsökonomisch ein großer Erfolg. Gut angenommen wird auch das neue Modell des Bundesministeriums für Gesundheit, Aufklärungsbögen in mehreren Sprachen anzubieten. Besondere Bedeutung kommt allerdings den Lehrern und deren tatkräftiger Unterstützung bei der Umsetzung von Impfprogrammen zu.

P: Welche Maßnahmen haben Sie in der Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen gesetzt?

Feenstra: Die aktuelle Diskussion dreht sich vielfach rein um die Ernährung – mit vielen unterschiedlichen Ansichten, Herausforderungen und Bewältigungsstrategien. Denn die Umstellung von Lebensgewohnheiten erfolgt natürlich nicht von heute auf morgen. Wir sehen aber weitaus mehr Möglichkeiten in der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen. Schwierig ist dabei immer das Aufstellen der finanziellen Mittel und die eingeschränkte Möglichkeit, mit Partnern langfristig arbeiten zu können. Als Lösungsweg für die Zukunft sehen wir interdisziplinäre Gruppen, die weitaus mehr Bereiche und Abteilungen abbilden können. Dazu gehören der Kindergartenbereich und das Schulsystem, aber beispielsweise auch die Verkehrsabteilung, um mit vereinten

Kräften Förderungsaufgaben fokussiert angehen zu können. Dennoch befinden wir uns mit unserer „Gesundheitsförderungsstrategie neu“, ähnlich wie andere Länder auch, noch am Anfang. Wichtig für ein Gelingen ist die gedankliche Lösung der einzelnen Player aus ihren strikten Zugehörigkeitsbereichen. Nur durch fachübergreifende Diskussionen und Lösungsansätze können wir „health in all policies“ umsetzen und letztlich auch leben.



P: Sie sind seit 1998 Landessanitätsdirektor der Steiermark. Welche Projekte haben Ihr Wirken in diesen 14 Jahren geprägt?

Feenstra: Zunächst haben wir uns intensiv mit Fragen der Struktur und der internen Organisation befasst. Durch die Einführung wichtiger neuer Standards haben wir die Versorgung ausgebaut, gesichert und langfristig vorgesorgt. Diese Standards helfen uns, die vielfältigen Aufgaben und deren unterschiedliche Adressaten – vom Bürger bis zum Bund – noch besser zu bewältigen. Beispiele dafür sind der steirische Seuchenplan oder Pandemiepläne für Influenza und Pocken. Wir haben damit jeweils ein gutes Instrumentarium geschaffen, um gemeinsam mit Ärzten im öffentlichen Gesundheitsdienst sowie den niedergelassenen Medizinern und jenen in Krankenanstalten für den Bürger bestmöglich vorzusorgen.

P: Welche Projekte beschäftigen Sie derzeit in der Landessanitätsdirektion?

Feenstra: Wir blicken in die Zukunft. Der Klimawandel und die sich stetig verändernde allgemeine gesundheitliche und soziale Situation der Bürger machen es erforderlich, sich bereits jetzt über Themen wie die Sicherung der Trinkwasserversorgung, die Verminderung möglicher Infektionsquellen oder etwa die steigenden Temperaturen Gedanken zu machen. Gemeinsam mit der Zentralanstalt für Meteorologie und Geodynamik entwickelten wir einen Hitzeschutzplan für das Land Steiermark. Dieses Frühwarnsystem, das ab bestimmten Durchschnittstemperaturen auf elektronischem Weg rund 1600 Stakeholder alarmiert, wurde bereits

P: Ist unser sozial ausgewogenes Gesundheitswesen mit einem Finanzierungssystem aus dem 19. Jahrhundert im 21. Jahrhundert noch zeitgemäß?

Feenstra: Ich denke, ein System ist immer so gut, wie es sich in der Praxis umsetzen lässt – unabhängig von der Zeit, in die es eingebettet ist. Aus meiner, vielleicht ein wenig philosophischen Sichtweise heraus denke ich also nicht, dass unser Finanzierungssystem ein schlechtes ist. Es erfordert jedoch eine stete Anpassung an die gewünschten Möglichkeiten. Die Qualität im Gesundheitssystem ist langfristig gesichert. Unklar bleibt, ob einzelne, vor allem einfache, qualitativ nicht hochwertige Leistungen weiter von der öffentlichen Hand finanziert werden können.

P: Im Dezember 2008 haben Sie die Funktion als beratendes Mitglied im Vorstand der Wissenschaftlichen Akademie für Vorsorgemedizin (WAVM) übernommen. Wofür steht die WAVM?

Feenstra: Ich bin ein Förderer der Wissenschaftlichen Akademie für Vorsorgemedizin, weil ich davon überzeugt bin, dass dort hervorragende Arbeit, die vor allem dem Wohle unserer Kinder dient, geleistet wird. Die beiden Hauptsäulen der WAVM, die Administration des Mutter-Kind-Passes einerseits und der kostenlosen Impfungen als effizienten Trägern der Vorsorgemedizin andererseits, sind sehr gut ausgebaut. In naher Zukunft sind Schritte in der Gesundheitsförderung und in der Suchtprävention vorgesehen.



BioBox:

Hofrat Dr. Odo Feenstra ist seit 1998 Landessanitätsdirektor der Steiermark und Leiter der Fachabteilung 8B im Amt der Steiermärkischen Landesregierung. Dr. Odo Feenstra ist auch Mitglied der Menschenrechtskommission für den Bereich des Oberlandesgerichts Graz und der Strafvollzugskommission des Bundesministeriums für Justiz sowie Leiter der Ethikkommission nach dem AMG für das Bundesland Steiermark. Nach dem Schulabschluss an der Deutschen Schule in Barcelona übersiedelte er nach Österreich und absolvierte sein Medizinstudium in Graz sowie eine Zusatzausbildung Toxikologie in Wien. Dr. Odo Feenstra war zuvor ab 1991 Leiter der Abteilung Umweltmedizin beim Amt der Kärntner Landesregierung.

Im Gespräch mit dem Periskop erläutert Dr. Georg Palmisano die Tätigkeit in seiner Funktion als Landessanitätsdirektor von Oberösterreich. Zudem spricht er über Optimierungspotenzial in der Leistungserbringung im intra- und extramuralen Bereich sowie Vorsorgeprojekte in seinem Bundesland.

P: Sie sind seit Februar 2012 Landessanitätsdirektor in Oberösterreich. Welche Projekte beschäftigen Sie in dieser Funktion?

Palmisano: In meiner Funktion beschäftige ich mich laufend mit aktuellen Projekten des oberösterreichischen Gesundheitswesens. Die oberösterreichische Spitalsreform ist derzeit ein Schwerpunkt, der Fokus liegt auf einer gezielten Umsetzung ihres Maßnahmenpakets mit den jeweiligen Entscheidungsträgern. Die Spitalsreform

Gebieten. Hier geht es zusätzlich zur Gesundheitsversorgung auch um soziale Aspekte. Das Arzt-Patienten-Verhältnis muss von vertrauensvoller Kommunikation geprägt sein.

P: Was halten Sie von der elektronischen Gesundheitsakte?

Palmisano: Wir leben in einer Zeit, in der Information zu einem sehr großen Teil digitalisiert abläuft. Die meisten Lebensbereiche gehen mit Digitalisierung einher – das reicht vom Mobiltelefon über die elektronische Steuererklärung und den Mobilparkschein bis hin zu Orientierungssystemen wie GPS. Durch die selbstverständliche alltägliche Verwendung dieser Technologie würde es mir sehr

eine Vielzahl von Initiativen wie Informationsveranstaltungen, Networking-Meetings sowie diverse Aktionen. Gerade Kindergesundheit kann meiner Meinung nach mit interessanten Informationen, Illustrationen und Spielen effizient vorangetrieben werden. Wichtig ist, gesundheitsförderndes Verhalten zu einer positiv besetzten Gewohnheit zu machen. Denn Gewohnheiten sind nur schwer umzuprogrammieren und genau dahin müssen wir durch unsere Bestrebungen gelangen.

P: Kinder sind also leicht zu erreichen. Aber wie steht es mit dem Präventionsgedanken bei Erwachsenen?

Palmisano: Erwachsene sind – genauso wie Kinder – am besten über

ihre Peergroups zu erreichen. In der Regel finden wir diese im Arbeitsumfeld. So widmet sich Oberösterreich in seinem Präventionsprogramm auch der Arbeits- und Betriebsgesundheit und deren Förderung. Das geht von der Ernährung bis zu bestimmten Haltungs- und Bewegungsübungen oder Angeboten zum Ausgleich für einseitige Belastungen am Arbeitsplatz. Wenn Kinder mit Informationen aus der Schule nach Hause kommen und merken, dass die Inhalte, die sie gelernt haben, von den Eltern ebenfalls umgesetzt werden, ergibt sich ein authentisches Bild.

„Durch die Spitalsreform soll dieses hohe Niveau langfristig gesichert werden und aus den öffentlichen Kassen finanzierbar bleiben.“

„Gesundheitsförderung gehört gefördert“

DR. GEORG PALMISANO
LANDESSANITÄTSDIREKTOR VON OBERÖSTERREICH

VON MAG. NINA BENNETT, MA

wird von den Betroffenen unterschiedlich angenommen. Obwohl die Akzeptanz grundsätzlich gegeben ist, gehen manche Veränderungen mit Ängsten und Unsicherheiten einher. In solchen Phasen ist es essenziell, offen zu kommunizieren und die Gründe transparent darzulegen. Veränderungen sind von Zeit zu Zeit zweifellos notwendig. Wir haben ein internationales Vergleichsangebot an Spitalsleistungen. Durch die Spitalsreform soll dieses hohe Niveau langfristig gesichert werden und aus den öffentlichen Kassen finanzierbar bleiben.

P: Werden die Leistungen intra- und extramural dort erbracht, wo sie für die Betroffenen am wichtigsten sind, oder sehen Sie hier Optimierungspotenzial?

Palmisano: Patienten suchen häufig direkt das Spital auf, weil ihnen dort eine Reihe von Leistungen an einem Ort angeboten werden.

Das führt mitunter zu einer Überlastung der Kapazitäten des Spitals und zu längeren Wartezeiten. Im niedergelassenen Bereich müssen die Patienten für die gleichen Leistungen an den einzelnen Stationen weite Strecken zurücklegen. Zusätzlich kommen bei jeder Etappe eigene Terminvereinbarungen, separate Wartezeiten und Rückmeldungszeiten hinzu. Das kostet Zeit und Mühen. In Belastungssituationen, die Erkrankungen oft mit sich bringen, ist dies für den Patienten ein zusätzlicher Stressfaktor. Daher könnte ich mir vorstellen, dass Leistungen – etwa in Form von Gesundheitszentren – extramural an einem Ort gebündelt angeboten werden könnten. So würde die Gesamtlast verteilt, das Spital entlastet und der Patient auf extramuraler Ebene umfassend versorgt werden.

P: Was halten Sie vom Hausarztmodell?

Palmisano: Grundsätzlich halte ich das Hausarztmodell für interessant. Der Gedanke dahinter ist, dass der Hausarzt als erste Anlaufstelle für den Patienten sämtliche Behandlungsschritte koordiniert. Ziel ist es, den Patienten besser zu versorgen und in weiterer Folge durch die Koordinierung an einer Stelle Systemkosten zu reduzieren. Hier könnte man gezielt Pilotprojekte installieren, beobachten und evaluieren, um die Erfahrungen der Patienten abzufragen. Ich halte eine einheitliche Anlaufstelle für eine Bereicherung – sowohl für den Patienten als auch aus Sicht des Gesundheitssystems, da dem Betroffenen dadurch aus dem breiten Angebot gezielt, individuell und rasch ein Weg für das aktuelle Problem geboten werden kann. Auch die langfristige Begleitung des Patienten ist essenziell. So ist die Möglichkeit gegeben, die sich verändernden Bedürfnisse der Patienten regelmäßig abzufragen und entsprechend darauf einzugehen. Das Vertrauen in einen Arzt, der zentraler Ansprechpartner für alle gesundheitlichen Probleme ist, ist eine wesentliche Komponente. In einer Spitalsambulanz hingegen wird das nicht im gleichen Ausmaß möglich sein, da weniger Zeit für den einzelnen Patienten bleibt und der Arzt diesem in der Regel unbekannt ist. In kleinen Gemeinden beispielsweise kennt der Patient den Hausarzt oft besser als in urbanen

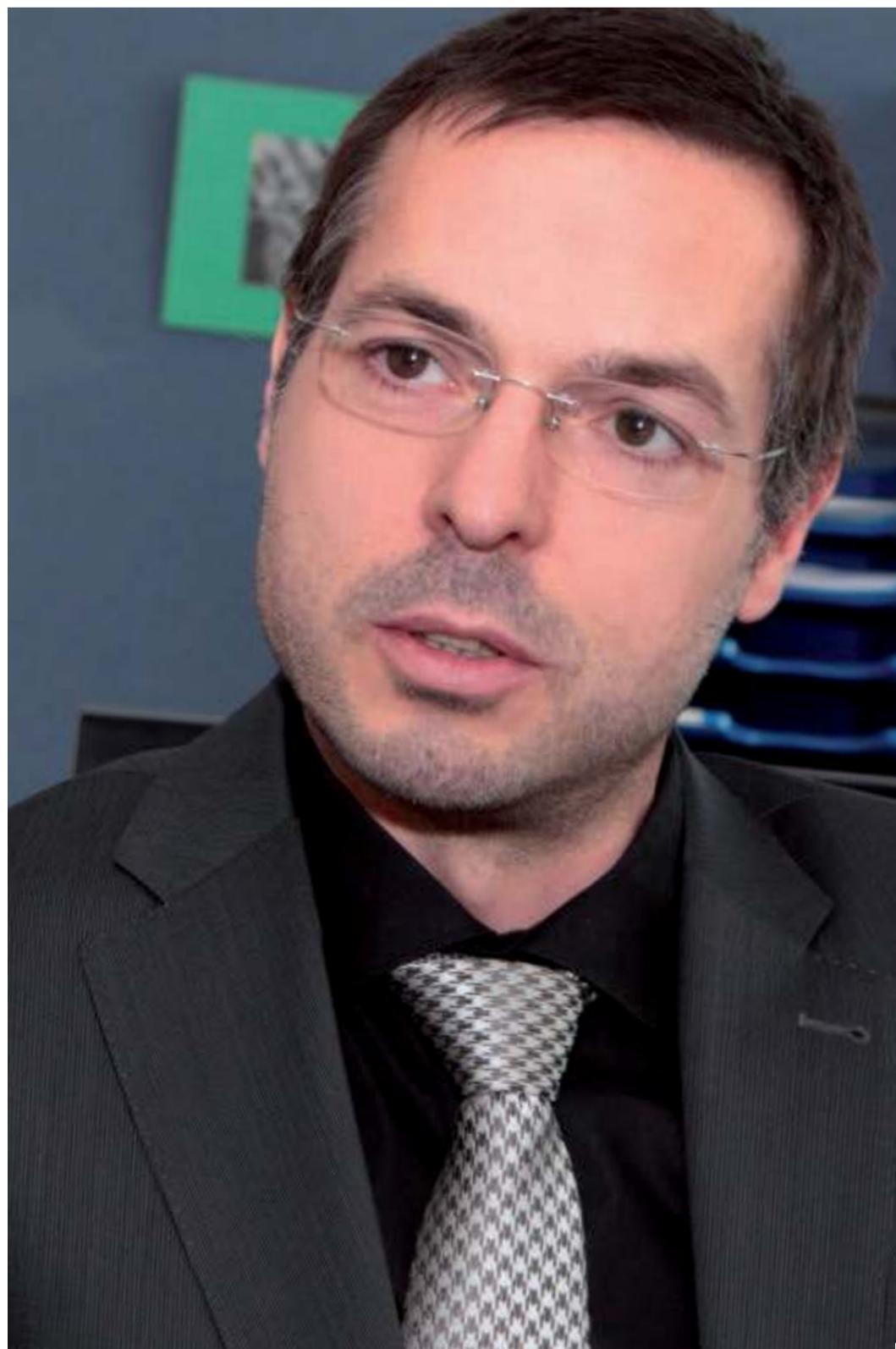
verwunderlich erscheinen, wenn diese Entwicklung ausgerechnet vor der Krankengeschichte Halt macht. Ich halte das grundsätzliche In-Frage-Stellen der Einführung des Systems für wenig zielführend. Vielmehr sollte eine tiefgehende Qualitätsdiskussion stattfinden, darüber, wie die Frage der Datensicherheit einerseits und einer guten Handhabbarkeit der Gesundheitsakte für den Arzt andererseits gewährleistet werden kann.

P: Welche Bedeutung kommt der Gesundheitsförderung zu? Welche Vorsorgeprojekte gibt es in Oberösterreich, was wurde hier bereits umgesetzt und was ist in Planung?

Palmisano: Gesundheitsförderung gehört gefördert. Eine intakte Gesundheit ist kein selbstverständlicher Zustand, sondern ein Prozess, den der Einzelne durch sein eigenes Tun entweder fördernd oder schwächend beeinflussen kann. Das Land Oberösterreich möchte ein viel stärkeres Bewusstsein für den Präventionsgedanken schaffen. Bei den Bürgern besteht grundsätzlich die Bereitschaft zur Prävention und dazu, dem Gesundheitsförderungs- und Gesunderhaltungsansatz mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Der oberösterreichische Gesundheitsschwerpunkt Prävention umfasst die Themen Kinder-, Arbeits- und Betriebsgesundheit sowie Bewegung. Er ist auf mindestens zwei Jahre ausgerichtet und beinhaltet

BioBox:

Nach dem Studium der Humanmedizin in Wien absolvierte Dr. Georg Palmisano einen Universitätslehrgang für Toxikologie am Institut für Krebsforschung an der Universität Wien, bevor er im Zuge seiner Turnusausbildung an der Landesnervenklinik Wagner-Jauregg sowie im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Linz zu arbeiten begann. Es folgten Tätigkeiten am Institut für Umweltmedizin des Magistrats, am Gesundheitsamt der Stadt Wien sowie am Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Linz.



„Den Patienten von Anfang an Raum und Perspektive für ein bewusstes Leben ermöglichen“

VON SARAH JOSCHTEL, BAKK. PHIL.
UND MAG. (FH) MARTINA DICK

Das britische Unternehmen Reckitt Benckiser Pharmaceuticals hat sich auf die Verbesserung der Lebensumstände suchtkranker Menschen spezialisiert und investiert kontinuierlich in die klinische Forschung und pharmazeutische Entwicklung. Im Periskop-Interview spricht Dr. Josef Bichler über die Herausforderungen auf dem Feld der Opioidsubstitution, die mangelnde Versorgungsstruktur für Betroffene und gesellschaftliche Hemmschwellen, die es zu überwinden gilt.

mit allen wichtigen Entscheidern wie Ärzten, politischen Meinungsbildnern und sozialen Einrichtungen im Bereich der Suchtbehandlung opioidabhängiger Patienten.

P: Die Pharmasparte von Reckitt Benckiser stellt nur einen Teil des gesamten Unternehmens dar. Wird dieser Geschäftsbereich in Zukunft noch weiter ausgebaut?

einen optimalen Zugang zur qualitativ hochwertigsten, sichersten und wirksamsten Behandlung zu ermöglichen.

P: Sie arbeiten in einem sehr engen Indikationsbereich, der Opioid-Substitution. Welche besonderen Herausforderungen bringt diese starke Spezialisierung mit sich?

Bichler: Spezielle Herausforderungen hierbei sind die Verbesse-



P: Sie sind General Manager Central Europe bei Reckitt Benckiser Pharmaceuticals (RBP). Wo liegen die Schwerpunkte bei RBP und wie können wir uns Ihren Tätigkeitsbereich vorstellen?

Bichler: Reckitt Benckiser Pharmaceuticals versteht sich als Pionier in der Behandlung suchtabhängiger Patienten und vertreibt seit dem 1. Juli 2010 entsprechende Produkte weltweit, um Betroffenen den qualitativ hochwertigsten Zugang zur Behandlung zu ermöglichen. Ich bin für die deutschsprachigen Länder Deutschland, Schweiz und Österreich sowie für die Niederlande zuständig. Unsere tägliche Arbeit fokussiert sich auf die intensive Kooperation

Bichler: Wir verstehen uns als Vorreiter in der Behandlung von Suchtkranken und werden versuchen, diesen Bereich zu erweitern, indem wir bestehende Erzeugnisse ausbauen und neue Produkte in unser Portfolio aufnehmen. Es wird zusätzlich in die Forschung investiert, um die Pharmasparte von Reckitt Benckiser weiter auszubauen. Es besteht die Intention, sich auch anderen Suchtbereichen zu widmen, wie etwa der Alkohol- oder Kokainabhängigkeit.

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

Bichler: Unser gemeinsames Ziel ist es, opioidabhängigen Patienten

den Zugang zur medizinischen Versorgung sowie der Qualität der Behandlung, um den Patienten von Anfang an Raum und Perspektive für ein bewusstes Leben zu ermöglichen. Dies schließt potenzielle Kooperationen in der Drogenberatung, mit den spezialisierten Ärzten und Apothekern wie auch den zuständigen politischen Stellen ein.

P: Opioidsucht wird in der medizinischen Community immer wieder mit chronischen Leiden wie Diabetes oder koronaren Erkrankungen verglichen, da speziell enge Patientenführung, Adhärenz und

Zugangsmöglichkeiten zu adäquaten Therapien eine wichtige Rolle spielen. Wie könnte man dazu beitragen, dass Drogensucht – über die medizinische Community hinaus – auch in der Gesellschaft stärker als chronisches Leiden akzeptiert wird und dass Betroffene weniger stigmatisiert und kriminalisiert werden?

Bichler: Unser Ansatz ist es, diese wichtigen Informationen sowohl an die politischen wie auch an die medizinischen Meinungsbildner und Entscheidungsträger kontinuierlich zu transportieren. Zudem wollen wir über die entsprechende Öffentlichkeitsarbeit optimal informieren. Die Weltgesundheitsorganisation erkennt Sucht mittlerweile als chronische Erkrankung an, womit



DR. JOSEF BICHLER
GENERAL MANAGER CENTRAL EUROPE
RECKITT BENCKISER PHARMACEUTICALS



„Unser gemeinsames Ziel ist es, opioid-abhängigen Patienten einen optimalen Zugang zur qualitativ hochwertigsten, sichersten und wirksamsten Behandlung zu ermöglichen.“

ein wesentlicher Schritt zur Entstigmatisierung von Suchtkranken in der Gesellschaft unternommen wurde.

P: Sehen Sie eine Entwicklung dahingehend, dass sich das Therapieziel bei der Behandlung von suchtkranken Patienten von der Abstinenz hin zur sozialen Reintegration verschiebt?

Bichler: Hier sind tatsächlich Entwicklungen zu beobachten, denn das Abstinenzziel als solches steht bei der Suchttherapie nicht im Vordergrund. Die Statistik besagt, dass nur sieben bis zehn Prozent der Patienten, die opioidabhängig sind, es nach

einem eingeleiteten Entzug schaffen, abstinent zu bleiben. Die Verbesserung der Lebensqualität und der sozialen Reintegration steht bei der Suchttherapie im Vordergrund. Durch die Eingliederung in den Berufsalltag und ein geregeltes Einkommen hat der Patient die Möglichkeit, wieder Teil der Gesellschaft zu werden und sich zu integrieren.

P: Wie sollten aus Ihrer Sicht ideale Versorgungsstrukturen für Betroffene aussehen?

Bichler: Es muss für alle opioidabhängigen Patienten ein optimaler geografischer, zeitlicher und medizinischer Behandlungszugang gewährleistet werden, unterstützt durch entsprechende politische Regelungen. Die Versorgungsstruktur stellt sich in mehreren europäischen Ländern als problematisch dar. Vor allem in ländlichen Regionen ist meist wenig bis keine Versorgung gegeben. Dadurch fokussiert sich die Versorgung von opioidabhängigen Patienten fast ausschließlich auf Städte und Metropolen. Eine weitere Schwierigkeit stellt die konstante bis abnehmende Anzahl der Ärzte dar, die opioidabhängige Patienten betreuen. Es sind zwar ausreichend Ärzte befähigt, Betroffene zu behandeln, doch leider bestehen nach wie vor Hemmschwellen, sich mit dieser Therapie auseinanderzusetzen und sie tatsächlich auszuüben. Da die Medikamente unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, sind im Zusammenhang mit dem Umgang viele rechtliche Auflagen zu befolgen, was meist ein Arzt allein auch mit spezialisiertem Personal nicht immer gesamtheitlich im Auge behalten kann. Deshalb wird ein modifizierter rechtlicher Rahmen benötigt.

P: Welchen Stellenwert hat Reckitt Benckiser Pharmaceuticals in Europa bzw. in Österreich und welche mittelfristigen Ziele verfolgt das Unternehmen?

Bichler: Reckitt Benckiser Pharmaceuticals hat sich in Österreich wie auch in Gesamteuropa als Spezialist für die Behandlung opioidabhängiger Patienten etabliert und möchte vorrangig die Zusammenarbeit mit politischen Entscheidungsträgern, Ärzten und Betreuungseinrichtungen weiter verstärken.

P: Was ist Ihnen bei Ihrer Arbeit wesentlich?

Bichler: Mir ist es sehr wichtig, einen konstruktiven Dialog mit allen Entscheidungsträgern im Bereich der Behandlung opioidabhängiger Patienten zu initiieren bzw. weiter fortzusetzen, um damit eine optimale und sichere Behandlung der Patienten zu gewährleisten.

BioBox:

Dr. Josef Bichler wurde 1959 in Seeon (Deutschland) geboren und ist als ausgebildeter Molekularbiologe mittlerweile seit 21 Jahren in der Pharmaindustrie in unterschiedlichen Positionen tätig. Er verfügt über langjährige Erfahrung im Feld der Business Intelligence mit den Bereichen quantitative und qualitative Marktforschung, Communication Center, CRM sowie Data Management. Er war sowohl im Vertrieb als Key Account Manager, Vertriebsleiter und Vertriebsdirektor beschäftigt als auch im Marketing als Produktmanager, Marketingleiter und Business-Unit-Leiter. Dr. Bichler ist verheiratet und Vater von zwei Kindern.

Kaum eine andere Wissenschaft hat in den letzten Jahren derart viele beeindruckende Forschungsleistungen erbracht wie die Medizin. Auch österreichischen Wissenschaftlern gelingt es, stetig in der Weltspitze vertreten zu sein. Dazu leistet die Vienna School of Clinical Research (VSCR) unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Heinrich Klech einen wesentlichen Beitrag. Seit 2001 werden dort jene grund- und weiterbildenden Kenntnisse und Innovationen vermittelt, die nötig sind, um nach strengen wissenschaftlichen Regeln forschen zu können. Nicht zuletzt durch die rasante Entwicklung von neuen Wirkstoffen und die immer schärfer werdenden Zulassungsbedingungen für Arzneimittel sowie das Fehlen von Zentren und Personal ergeben sich Engpässe bei klinischen Studien.

hat die Non-Profit-Organisation 22 standardisierte Kurse und Programme in verschiedensten Bereichen der klinischen Forschung entwickelt. Bis heute nahmen insgesamt mehr als 6.000 Teilnehmer aus 90 Ländern an über 400 Kursen und Trainings teil. Der VSCR stehen dabei mehr als 150 internationale Lektoren aus unterschiedlichen Fachrichtungen zur Verfügung. Wichtig ist der VSCR als Non-Profit-Organisation ihre Unabhängigkeit und Objektivität



Univ.-Prof. Dr. Heinrich Klech, Dr. Andreas Mailath-Pokorny, Mag. Harald Isemann (VBC), Dr. Karlheinz Töchterle, Univ.-Prof. Dr. Christoph Zielinski

Teaching the Future

VON MAG. (FH) MARTINA DICK

Seit Jänner 2012 ist die VSCR am Standort Neu Marx, Campus Vienna Biocenter, im dritten Wiener Gemeindebezirk angesiedelt. Die akademische Umgebung am Campus eröffnet viele neue Kooperationsmöglichkeiten und Synergien, sowohl für die VSCR als auch für die Nachbarinstitutionen. „Gut ausgebildete und kompetente klinische Forscher sind essenziell, um die angewandte Forschung weiterzuentwickeln und medizinischen Fortschritt zu ermöglichen“, erklärt VSCR-Gründer und Geschäftsführer Univ.-Prof. Dr. Heinrich Klech. Mit einem qualitativ hochwertigen und innovativen Ausbildungsprogramm will die VSCR dem weltweit

sowie eine qualitativ hochwertige, moderne Ausbildung, die Fortbildung auf höchstem wissenschaftlichem und ethischem Niveau garantiert. Ausgangsbasis dafür ist ein „Public Private Academic Partnership“ aus öffentlichen Trägern, akademischen Zentren sowie Pharmafirmen und Sponsoren aus dem privaten Sektor. Öffentliche und private Gelder sowie die vom VSCR aus den Teilnahmegebühren erwirtschafteten Mittel stellen die Grundlage für Stipendien dar, die es Experten aus Zentral- und Osteuropa, dem Mittleren Osten sowie Asien und Afrika ermöglichen, an den international anerkannten Fortbildungskursen der VSCR teilzunehmen.

europäischen Projekts „IMI – Education & Training“ (Innovative Medicine Initiative). Mithilfe dieses Projekts werden Qualitätsstandards gesichert und Studenten können sich innerhalb der europaweiten IMI-Ausbildungen ein personalisiertes Studium zusammenstellen.

Engagement in Afrika

Einen besonderen Schwerpunkt legt die VSCR auf die Entwicklung von Einrichtungen und Partnerschaften mit Universitäten in Afrika. „Afrika ist natürlich kein klassisches Forschungsland, hat jedoch massive Probleme in Sachen Gesundheit. Man denke dabei an HIV, Malaria oder arzneimittelresistente Tuberkulose. Passende und effektive Medikation gegen diese Krankheiten können am besten in Afrika selbst erforscht und entwickelt werden. Durch unsere Trainings helfen wir mit, vor Ort die notwendige Infrastruktur zu schaffen und eine Ausbildung zu ermöglichen, um der sehr kritischen Situation zu begegnen“, erklärt Klech das Engagement der VSCR in Afrika.

Anlässlich der feierlichen Eröffnung des neuen Standorts der Vienna School of Medical Research sprachen sich prominente Vertreter aus Politik und Medizin für die weitere Förderung der Wissenschaft aus und gratulierten dem Team der VSCR zu den bisher erzielten Leistungen:

DR. KARLHEINZ TÖCHTERLE,
BUNDESMINISTER FÜR WISSENSCHAFT
UND FORSCHUNG:

„Es ist von hoher Bedeutung, dass Einrichtungen wie die VSCR sowohl von europäischen als auch anderen internationalen universitären Institutionen anerkannt und akkreditiert sind.“

DR. MICHAEL HÄUPL,
BÜRGERMEISTER DER STADT WIEN:

„Die Vienna School of Research unterstützt mit ihrer Ausbildungsstrategie unser Ziel, Wien zu einer Stadt des Wissens zu machen. Wir wünschen weiterhin so erfolgreiche Arbeit und danken für die weitere Stärkung unseres Bioclusters am Standort St. Marx.“

DR. ANDREAS MAILATH-POKORNY,
STADTRAT FÜR KULTUR UND WISSENSCHAFT:

„So wie die VSCR will auch die Stadt Institutionen und Unternehmen Entwicklung und Austausch auf höchstem Niveau ermöglichen.“

UNIV.-PROF. DR. CHRISTOPH ZIELINSKI,
LEITER DER KLINISCHEN ONKOLOGIE UND DES
COMPREHENSIVE CANCER CENTERS IM AKH, WIEN:

„Der Master of Science for Clinical Research ist wichtig für die Medizinische Universität Wien, um der Nachfrage an Experten im Bereich der klinischen Forschung gerecht zu werden.“

UNIV.-PROF. DR. MARKUS MÜLLER,
VIZEREKTOR DER MEDUNI WIEN:

„Die Vienna School of Clinical Research leistet einen wichtigen Beitrag dazu, die österreichische und auch die internationale Wissensgesellschaft im Bereich Life-Science zu fördern.“



mangelnden Angebot an adäquaten Weiterbildungsmöglichkeiten begegnen. In den zwölf Jahren ihres Bestehens hat sie sich bereits als international anerkanntes Ausbildungs- und Kompetenzzentrum etabliert. Die von ihr angebotenen Trainings werden an die Bedürfnisse der einzelnen Berufsgruppen im Bereich der klinischen Forschung angepasst und kontinuierlich weiterentwickelt. „Die Vision der VSCR ist es, klinische Forschung langfristig und weltweit zu verbessern, die Sicherheit zu erhöhen und Medikamente und Therapien schneller und zielgerichteter sowie unter Berücksichtigung ökonomischer Aspekte beim Patienten einzusetzen. An oberster Stelle steht dabei immer das Wohl des Patienten“, erläutert Klech.

Public Private Partnership – ein einzigartiges Konzept

Als internationales Ausbildungs- und Kompetenzzentrum von klinischer Forschung und „Health Outcomes Research“ wurde die Vienna School of Clinical Research im Jahr 2000 gegründet. Seither

Das Angebot der VSCR

Die VSCR gilt heute international – sowohl in Industrie- als auch in Schwellenländern – als anerkanntes Ausbildungszentrum, das mit 14 internationalen Universitäten in Europa, den USA und Afrika zusammenarbeitet. „Das gesamte Kursangebot der VSCR wird sowohl von europäischen (EACCME – European Accreditation Council for Continuing Medical Education) als auch von nationalen Einrichtungen (Diplomfortbildungspunkte der Österreichischen Ärztekammer) anerkannt und akkreditiert“, so Klech. Die Postgraduate-Kurse decken alle Themen und Bereiche, die für Wissenschaftler der klinischen Forschung relevant sind, ab, etwa GCP (Good Clinical Practice), Testdesign und Methodik, evidenzbasierte Medizin, Biostatistik, klinische Epidemiologie, Ethik, wissenschaftliches Publizieren, Projektmanagement und Versorgungsforschung. Bereits seit 2009 gibt es das berufsbegleitende Masterstudium Clinical Research in Kooperation mit der Medizinischen Universität Wien. Seit 2011 ist die VSCR Partner des

„Jugendmedizin stärker forcieren“

MAG. NINA BENNETT, MA



Programme zur Förderung der Bewegung benötigt. Defizite haben wir außerdem im psychosomatischen und kinderpsychiatrischen Bereich, bei dem österreichweit eine bessere flächendeckende Versorgung zu schaffen ist. Letztlich ist auch die Sozialpädiatrie verbesserungswürdig. Diese Disziplin befasst sich mit Kindern, die sozial benachteiligt sind und dadurch ihren Platz in der Gesellschaft nicht richtig finden. Um uns in Zukunft vermehrt auch um diese Themen zu kümmern, wurden von unserer Gesellschaft bereits Initiativen für spezifische Aus- und Fortbildungen gesetzt.

P: Ein wichtiger Schwerpunkt in Ihrem Fach ist die Jugendmedizin. Nichtsdestotrotz gewinnt man den Eindruck, dass diese Zielgruppe nur schwer für Vorsorge- und Screening-Maßnahmen zu erreichen ist. Gibt es hier Bestrebungen, dies zu verbessern?

Kerbl: Die Jugendmedizin ist tatsächlich eine Achillesferse

bereits sehr konkrete Pläne für ein solches Pilotprojekt mit zwei Vorsorgeuntersuchungen im Jugendalter.

P: Welchen Stellenwert hat Fortbildung im Bereich der Pädiatrie und welche Maßnahmen setzt die ÖGKJ?

Kerbl: Nachdem sich das Wissen in der Medizin alle vier Jahre verdoppelt, ist uns in der ÖGKJ die Fortbildung ein ganz besonderes Anliegen. Wir haben daher jedes Jahr mehrere Fortbildungsveranstaltungen, die sich an alle Mitglieder richten. In unserer Gesellschaft sind auch vierzig Arbeitsgruppen installiert, die sich jeweils einem bestimmten Schwerpunkt widmen und zusätzliche eigene Veranstaltungen organisieren. Weiters bieten wir eine zyklische Fortbildungsveranstaltung im Zuge der Vorbereitung auf die Facharztprüfung an. Schließlich gibt es auch Online-Fortbildungen, zum Teil sogar mit DFP-Approbation. Zuletzt haben wir fast hundert

Vorträge der letzten Jahrestagung in Villach online gestellt, damit auch jene die Inhalte abrufen können, die nicht persönlich teilnehmen konnten.

P: Welchen Stellenwert nehmen psychosomatische und psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ein?

Kerbl: Diese Erkrankungen gewinnen immer mehr an Bedeutung. Die verschiedenen Essstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, gestörtes Selbstwertgefühl, die Tendenz zur Aggression und Autoaggression sind nur ein Teil des sehr breiten Spektrums. Depressionen und Suizidalität gehören mittlerweile leider auch zum Alltag des Jugendmediziners. Dabei lassen sich psychosomatische und psychiatrische Erkrankungen sehr oft nicht strikt trennen, weshalb man diese Bereiche häufig unter dem Begriff „Mental Health“ subsumiert. Die Zusammenarbeit der beiden

Sonderfächer Kinder- und Jugendheilkunde und Kinder- und Jugendpsychiatrie findet bereits sehr intensiv statt, und es ist unser

gemeinsames Ziel, die österreichweit bestehenden Versorgungsdefizite möglichst bald durch innovative Konzepte zu beheben.

P: Welche Bedeutung hat Elternbegleitung für eine zeitgemäße pädiatrische Versorgung im Krankenhaus?

Kerbl: Die stationäre Aufnahme ins Krankenhaus ist für Kinder und Eltern ein einschneidendes Erlebnis und bedeutet psychischen Stress. Daher ist es essenziell, dass es einem Elternteil ermöglicht wird, das Kind im Spital zu begleiten. Das ist in den Kinderspitälern mittlerweile alltäglich und für Kleinkinder bis zum dritten Lebensjahr meist auch kostenfrei. Danach gibt es einen nach Alter gestaffelten Selbstkostenbeitrag. Bei Abschluss einer Eltern-Kind-Versicherung ist die Begleitung

gänzlich kostenfrei.

P: Welche Erfahrungen haben Sie im Hinblick auf die Zulassung von Kinderarzneimitteln und auf „Kinderstudien“?

Kerbl: Gerade in diesem Bereich hat die ÖGKJ in den letzten fünf Jahren eine sehr intensive Vorarbeit geleistet, indem sie einen Vorschlag für ein Netzwerk erarbeitet hat, das sich speziell um die Zulassung von Kindermedikamenten kümmern soll. Auf diesem Weg haben wir gute und bemühte Partner gefunden: das Bundesministerium für Gesundheit, die Pharmig und die AGES. Gemeinsam mit diesen Partnern versuchen wir, vermehrt Kinderstudien in Österreich anzusiedeln. Das hat einen mehrfachen Vorteil: Es dient der Wissenschaft in Österreich, einer rascheren Zulassung von Medikamenten, einer rechtlichen Absicherung für die Anwendung der Präparate und vor allem der Sicherheit der behandelten Kinder.

BioBox:

Univ.-Prof. Dr. Reinhold Kerbl absolvierte nach seinem Schulabschluss in Kremsmünster sein Medizinstudium in Graz und habilitierte 1996 im Fach Kinder- und Jugendheilkunde. Seit 2007 leitet der gebürtige Oberösterreicher die Abteilung für Kinder und Jugendliche im Landeskrankenhaus Leoben. Von 2010 bis 2012 war er Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Schlafmedizin (ASRA). Univ.-Prof. Dr. Reinhold Kerbl ist seit 2012 Präsident der ÖGKJ, der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde.

„Depressionen und Suizidalität gehören mittlerweile leider auch zum Alltag des Jugendmediziners.“

Die Kindheit und Jugend sollte in gesundheitlicher Hinsicht gut genutzt werden, um beste Voraussetzungen für das Erwachsenenleben zu schaffen. Dazu gehören neben einer optimalen Vorsorge auch Aufklärung über gesundheitsschädliches Verhalten und frühzeitiges Erkennen von medizinischen Problemstellungen. Univ.-Prof. Dr. Reinhold Kerbl, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ), spricht im Periskop-Interview über zu forcierende Bereiche in der Kinderheilkunde und den Stellenwert der Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter.

P: Sie sind seit Jänner 2012 neuer Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde. Welche Schwerpunkte möchten Sie setzen und welche Themen sollten aus Ihrer Sicht vermehrt ins öffentliche Bewusstsein gebracht werden?

Kerbl: Ziel der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde ist es, Verbesserungen für Kinder, Jugendliche und deren Behandler zu erreichen. Grundsätzlich sind wir bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich zwar gut aufgestellt, aber es gibt auch Defizite, die es in den nächsten drei Jahren zu bearbeiten gilt. Zu den Themen, die vermehrt ins öffentliche Bewusstsein gebracht werden sollten, zählt zum einen die Prävention mit all ihren Facetten. Dazu gehören zum Beispiel Impfungen als äußerst effektive Infektionsprophylaxe. Ich denke da etwa an die Masern, bei welchen wir nach wie vor keine Ausrottung zustande bringen konnten. Auch auf dem Gebiet der Adipositas sehe ich erhebliches Verbesserungspotenzial. Es wird nicht ausreichen, nur gesunde Ernährung zu propagieren, es werden auch

der Pädiatrie. Obwohl unsere Kompetenz bis zu einem Alter von 18 Jahren reicht, wird der Kinderarzt weitgehend als „Babyarzt“ verstanden. Es ist natürlich verständlich, dass sich Jugendliche in einem Wartezimmer voller Kleinkinder nicht adäquat untergebracht fühlen. Abhilfe könnten hier einerseits eigene Jugendsprechstunden und andererseits die jugendgerechte Ausstattung der Praxen, unter anderem mit audiovisuellem Material, schaffen. Wir müssen intensiv an unserer Positionierung arbeiten. Erste Schritte in Form einer Ansprache von Jugendlichen sind bereits gesetzt. In der ÖGKJ haben wir die Arbeitsgruppe für Jugendmedizin jetzt mit einer Leiterin besetzt, die noch sehr jung ist, frischen Wind hineinbringt und vielleicht auch dadurch den Zugang zu dieser Gruppe gut schafft.

P: Die letzte Mutter-Kind-Pass-Untersuchung im fünften Lebensjahr wird nur von einem geringen Prozentsatz der Mütter wahrgenommen. Gibt es hier Überlegungen, wie man die Zahl erhöhen könnte?

Kerbl: Tatsächlich ist die Vorschuluntersuchung mit ca. 30 Prozent relativ schlecht frequentiert. Das ist nicht zufriedenstellend, da gerade diese Untersuchung zur Vorbereitung auf den Schulbesuch und zur Erkennung von Defiziten wichtig wäre. Auch hier gibt es Überlegungen zu einem Anreizsystem, um diese Untersuchung attraktiver zu machen. Für das Schulalter gab es unter Ministerin Rauch-Kallat auch einmal einen Jugendpass, der aber als eigenes Medium nie richtig wahrgenommen wurde. Eine Ausweitung des Mutter-Kind-Passes auf einen Mutter-Kind-Jugend-Pass, also ein einziges Dokument für das gesamte Kindes- und Jugendalter, wäre meines Erachtens sinnvoll. Vonseiten der SVA gibt es auch

Bayer HealthCare bündelt die Aktivitäten der Bereiche Animal Health, Pharmaceuticals, Consumer Care und Medical Care. Die Produkte dienen der Diagnose, der Vorsorge und der Behandlung von Krankheiten und leisten einen Beitrag zu einer besseren Lebensqualität. Im Gespräch mit dem Periskop erörtert Dr. Martin Zartl seine Ziele als Head of Health Policy & Public Affairs im Bereich Bayer HealthCare bei Bayer Austria. Er spricht über die aktuelle Situation im österreichischen Gesundheitswesen und prognostiziert, dass die Finanzierung des Gesundheitssystems langfristig nicht gesichert werden kann.

P: Wo liegt die Kernkompetenz des Unternehmens und welche mittelfristigen Ziele hat sich Bayer Austria in Österreich gesetzt?

Zartl: Bayer ist im Health-Care-Bereich sehr diversifiziert aufgestellt: Es gibt eine relativ breite Palette an Kernkompetenzen wie starke Marken im OTC-Geschäft, in der Tiergesundheit und auf den Gebieten der Herz-, Infektions- und Hauterkrankungen, Diabetes, Multiple Sklerose, in der Radiologie und Onkologie sowie in der Frauen- und Männergesundheit. Zusätzlich wollen wir uns verstärkt der Verhinderung von Schlaganfällen und Thrombosen sowie der Ophthalmologie widmen.

Therapie hat, die er benötigt. Dieser umfassende Schutz vor dem Krankheitsrisiko, der fast die gesamte österreichische Bevölkerung umfasst, bei gleichzeitig individueller – auf den Einzelnen und seinen Bedürfnissen ausgerichteter – Leistungserbringung, ist ein sehr hoch einzuschätzender Benefit unseres Systems.

P: Wie beurteilen Sie die aktuelle Situation des österreichischen Gesundheitswesens?

Zartl: Im heimischen Gesundheitswesen haben wir über Jahrzehnte eingebürgerte und festgefahrene „Silos“: die Krankenanstalten,

DR. MARTIN ZARTL

HEAD OF HEALTH POLICY & PUBLIC AFFAIRS IM
BEREICH BAYER HEALTHCARE BEI BAYER AUSTRIA

„Arbeitskräfte wurden gerufen – Menschen sind gekommen“

VON MAG. NINA BENNETT, MA

P: Sie sind Head of Health Policy & Public Affairs von Bayer HealthCare Austria. Wie können wir uns Ihren Tätigkeitsbereich vorstellen?

Zartl: Mein Tätigkeitsbereich setzt sich aus drei Schwerpunkten zusammen: einerseits Erstattungsangelegenheiten für alle Arzneimittel, die für die Kostenerstattung infrage kommen, inklusive Preisfestsetzung, Pharmaökonomie und Erstattungsverhandlungen. Zweitens ist es Aufgabe meiner Abteilung, die Einkaufsverbände im Spitalsbereich zu betreuen, inklusive Preis- und Konditionenfestlegung für unsere Arzneimittel. Drittens beschäftige ich mich intensiv mit der Mitarbeit in Interessenvertretungen wie der Pharmig, dem FOPI, der Wirtschaftskammer Österreich und der Industriellenvereinigung.

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

Zartl: Mein oberstes Ziel ist es, dafür zu sorgen, dass der österreichische Patient einen optimalen Zugang zu unseren Arzneimitteln erhält, sei es im ambulanten niedergelassenen oder Spitalsbereich. „Science for a better life“ ist unser Unternehmensmotto. Dementsprechend muss auch nach außen transportiert werden, dass unsere Forschungsarbeit ausschließlich dem Patienten dient und dort auch ankommen soll. Ein weiteres Ziel ist es, zwischen dem öffentlichen Sektor und der privaten Pharmawirtschaft zu vermitteln.

P: Welche Stellung nehmen Ihrer Ansicht nach Health Policy & Public Affairs in den österreichischen Pharmaunternehmen heute ein? Hat sich das in den letzten Jahren verändert?

Zartl: Die Einführung der Abteilungen Health Policy, Public Affairs oder Market Access in österreichischen Pharmaunternehmen ging Hand in Hand mit dem verstärkten Fokus der Behörden auf Erstattungsentscheidungen. Diese Abteilungen werden in Zukunft immer wichtiger werden. Ein Problem innerhalb des Konzerns betrifft die Frage der Erwartungshaltung an diese Funktion. Klar ist aber, dass auch diese Abteilungen keine Wunder bewirken können. Hier ist ein kooperatives und konsensorientiertes Vorgehen gefragt, um sich langfristig durchsetzen zu können.

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

Zartl: Besonderheiten des österreichischen Marktes gibt es viele: Österreich ist eines der wohlhabendsten Länder in Europa, dennoch liegen die Arzneimittelpreise deutlich unter dem EU-Durchschnitt. Eine weitere Besonderheit ist die nach wie vor starke Trennung zwischen stationärem Spitalsbereich und ambulanter niedergelassener Versorgung. Ich möchte aber positiv hervorheben, dass in Österreich fast die gesamte Bevölkerung sozialversichert ist und jeder Patient im ASVG einen individuellen durchsetzbaren Anspruch auf jene

die Kassen, die Ärzteschaft, die Apotheker, das Pflegepersonal, die privaten Leistungsanbieter wie Pharma- und Medizinprodukteunternehmen. Jeder denkt und arbeitet im Wesentlichen nur für seinen eigenen Bereich, und genau daran krankt das System. Wenn wir es nicht schaffen, diese Schranken stückweise und gemeinsam abzutragen, steuern wir auf einen kompletten Stillstand im Gesundheitswesen zu. Die Institutionen und zum Teil auch die Instrumente dafür wurden mit der Gesundheitsreform 2005 geschaffen. Jetzt gilt es, endlich ernsthafte Verbesserungen und effizientere Abläufe im Gesundheitssystem zu implementieren. Ein Beispiel dazu: Wir schaffen es bislang in Österreich noch immer nicht, jedem Schlaganfallpatienten unmittelbar nach seiner Akutbetreuung auf der „Stroke Unit“ eines Krankenhauses einen Rehabilitationsplatz anzubieten. Dabei ist die Anschlussrehabilitation direkt und unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt der beste Weg, die Mobilität des Patienten so weit wie möglich wiederherzustellen. Eine Wartezeit, in der die Angehörigen eine häusliche Pflege organisieren müssen, ist für den Betroffenen wie für die Familie eine unnötige Belastung. Diesen Zustand halte ich für untragbar. Ein weiterer Kritikpunkt sind fehlende Debatten über Investitionen, die im Gesundheitssystem getätigt werden sollen, um die Versorgung zukünftig zu verbessern. Die Österreicher haben laut den aktuellen, von der WKÖ vorgestellten OECD-Health-Daten zwar eine höhere Lebenserwartung, leben aber um 1,3 Jahre kürzer gesund als der durchschnittliche EU-Bürger. Das zeigt, dass unser Gesundheitssystem auf jeden Fall verbesserungsfähig ist. Vielleicht bringen die nationalen Rahmengesundheitsziele einen Fortschritt in diese Richtung. Zudem sollte man sich dazu durchringen, den Preis für ein Arzneimittel nicht nur unter dem Titel „Kosten“ zu sehen, sondern auch als Investition in weitere Forschung und somit in den medizinischen Fortschritt. Da weder die Sozialversicherung noch das Gesundheitsministerium selbst Arzneimittel herstellt, müsste doch das Interesse vorhanden sein, in die Erforschung hochwertiger Arzneimittel zu investieren, auch wenn das zu ökonomischen Mehrkosten führen kann. Vor allem dann, wenn todbringende Krankheiten durch innovative Therapien zu chronischen Krankheiten gemacht werden. Mir fehlt jedenfalls ein deutliches Bekenntnis zum Mehrwert von Innovationen.

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

Zartl: Ich halte es für lohnend, unsere Gesundheitsversorgung und Behandlungsprozesse nach vier Kriterien zu analysieren: der Verfügbarkeit, der Zugänglichkeit, der Annehmbarkeit und der Qualität von medizinischen Gütern und Dienstleistungen. Mit der Verfügbarkeit ist die Frage gemeint, ob es in allen Bereichen eine ausreichende Anzahl von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung gibt. Hier geht es vorwiegend um die Quantität. Für hausärztliche Leistungen ist das Spital nicht die geeignete und kosteneffiziente Einrichtung. Bei der Anzahl wohnortnah erreichbarer Gesundheitseinrichtungen in so genannten Randzeiten – an Nachmittagen und am Wochenende – gibt es demnach Nachholbedarf. Um den Krankenhausbereich sinnvoll entlasten zu können, brauchen wir leistungsstarke wohnortnahe Behandlungseinrichtungen wie zum Beispiel Ärzte-GmbHs. Nebenbei könnte das Problem der Wartezeiten in den Spitalsambulanzen gelöst werden. Bei der Zugänglichkeit geht es um die tatsächliche Erreichbarkeit von medizinischen Therapien, um die Leistbar-

„Science for a better life‘ ist unser Unternehmensmotto.“

keit, Nichtdiskriminierung und angemessene Patienteninformation. Ein Problem ist der Zugang zu innovativen Arzneimitteln. Neue Substanzen werden bei der Aufnahme in den Erstattungskodex mitunter mit Preisen von Substanzen verglichen, die bereits generisch sind. Das heißt, die neu entwickelte Substanz muss preislich auf dem Niveau von Generika angeboten werden, um in den Erstattungskodex aufgenommen zu werden. Das kann dazu führen, dass international tätige Pharmaunternehmen Österreich als Markt „auslassen“ müssen. Somit ist das Recht der Patienten auf Zugänglichkeit zur Medizin nicht gewährleistet. Bei der Annehmbarkeit von medizinischen Gütern und Dienstleistungen sind Fragen der Ethik, der Kultur, der Gendersensibilität, der Lebensalter-Angemessenheit und der Vertraulichkeit angesprochen. Zu E-Health-Anwendungen würde es sich meines Erachtens lohnen, eine Enquete zur Arzt-Patienten-Kommunikation der Zukunft abzuhalten. Dabei wird man insbesondere auf die Altersgerechtigkeit Bedacht nehmen müssen. Nicht alles, was für im Erwerbsleben stehende



Patienten gut und wünschenswert ist, ist das auch für die ältere Generation. Wir brauchen in Österreich mehr Mut zur Differenzierung. „One fits all“-Lösungen laufen im Gesundheitsbereich stets Gefahr, viele Kosten zu verschlingen und wenig Anwender zu finden.

P: Das Image der Pharmaindustrie wird in der Öffentlichkeit oft in ein schlechtes Licht gerückt. Wirkt sich das auf Ihre Arbeit als Head of Health Policy & Public Affairs aus?

Zartl: Ein Unternehmen oder ein Industriezweig, der in der politischen und medialen Öffentlichkeit nicht prominent auftritt, ist eher unbekannt, so entstehen häufig Ressentiments. Es kann aber nicht die Aufgabe der pharmazeutischen Industrie sein, im Zentrum öffentlicher Aufmerksamkeit zu stehen. Wir konzentrieren uns auf unsere Leistungen und Stärken, und das sind die Erforschung und Erzeugung von wirksamen und sicheren Arzneimitteln.

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

Zartl: Eine langfristige finanzielle Absicherung des Gesundheitssystems kann zur Zeit nicht möglich sein. Demografischen Analysen zufolge wird erst ab dem Jahr 2050 wieder mit einer Entspannung in unserer Gesellschaft im Verhältnis zwischen den Älteren und Kranken und den Jüngeren und tendenziell Gesünderen zu rechnen sein. Bis dahin muss das Sozial- und Gesundheitssystem laufend an die sich ändernden Gegebenheiten angepasst werden. Ich bin davon überzeugt, dass die Stärkung von Gesundheitsförderung und Eigenverantwortung jedes Einzelnen hinsichtlich seines Lebensstils der

Schlüssel zur Absicherung unseres Gesundheitssystems ist. Problematisch ist, dass wir heute beides in Angriff nehmen müssen: die Behandlung und Versorgung der jetzt Kranken und gleichzeitig den Beginn mit gesundheitsfördernden Maßnahmen bei den heute Gesunden. Es bleibt zu hinterfragen, ob für beides genügend finanzielle Mittel zur Verfügung stehen. Allerdings ermöglichen nur die sofortige Investition in gesundheitsfördernde und die Eigenverantwortung jedes Einzelnen stärkende Maßnahmen eine Entspannung in der Behandlung und Versorgung der Kranken in der Zukunft.

P: Welche Kooperationen bestehen mit Einrichtungen des österreichischen Gesundheitswesens und wie gestalten sich diese?

Zartl: Wir bei Bayer Austria versuchen ganz bewusst, mit unseren Partnern im Gesundheitssystem möglichst kooperativ zusammenzuarbeiten. Das gilt für die medizinischen Meinungsbildner wie für klinische Prüfzentren und die Verantwortlichen in medizinischen Fachgesellschaften, Patientenorganisationen, öffentlichen und Krankenanstaltenapotheken. Auch mit den Krankenversicherungsträgern und dem Hauptverband versuchen wir stets, eine für beide Seiten tragbare Lösung zu finden.

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

Zartl: Mein Team setzt sich aus drei Personen zusammen: Michael Stamminger, dem Pricing & Reimbursement Advisor, Martina Olf-Meindl, der Corporate Affairs Managerin, die Krankenkassen und Spitalsverbände betreut. Sie wird unterstützt durch Markus Ruef im Westen Österreichs. Im Team pflegen wir einen sehr freundschaftlichen Umgang. Ich wünsche mir, dass sich meine Mitarbeiter möglichst wohl fühlen. Dabei ist mir auch die Eigenverantwortlichkeit ein großes Anliegen. Einmal im Jahr machen wir eine Teamklausur, um uns gemeinsam an die veränderten internen und externen Anforderungen anzupassen und uns strategisch in dieselbe Richtung auszurichten. Max Frisch hat einmal gesagt: „Arbeitskräfte wurden gerufen – Menschen sind gekommen.“ Als Unternehmen bekommen wir nie nur die Arbeitskraft, sondern immer den ganzen Menschen mit seinen Wünschen, Bedürfnissen, Sorgen und Ängsten. Daher versuche ich, auf meine Mitarbeiter individuell einzugehen, und achte darauf, dass sie sich im beruflichen Umfeld so wohl wie möglich fühlen.

BioBox:

Dr. Martin Zartl absolvierte von 1991 bis 1998 das Studium der Rechtswissenschaften an der Universität Wien, das er mit dem Doktorat abschloss. Seinen Zivildienst verbrachte er in der 2. Chirurgischen Station des Krankenhauses Floridsdorf. Ab 2001 war er juristischer Sachbearbeiter in der Abteilung für Gesundheitswesen der Hauptstelle der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft. Im Jahre 2003 wechselte Dr. Zartl in die Politik. Von 2003 bis 2007 war er als Fachreferent im Kabinett der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen, Maria Rauch-Kallat, tätig und anschließend ein Jahr als Fachreferent im Kabinett der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend, Dr. Andrea Kdolsky, arbeitete. Seit 2008 ist er Leiter der Abteilung Health Policy & Public Affairs und Mitglied des Bayer Austria HealthCare Management Teams.

UMFASSEND BERATUNG ERFAHREN.

IM BEREICH MARKET ACCESS.

In jeder Phase des Produkt-Lebenszyklus: von der Neueinführung bis zum Patentablauf. Auch bei der Durchführung formeller Verfahren.

IM BEREICH PATIENTEN-NETWORKING.

Damit die Patienten-Stimme als wesentliche Entscheidungsgrundlage in relevanten Gremien des österreichischen Gesundheitswesens gehört wird.

MIT UMFASSENDEN LÖSUNGEN IM BEREICH NETWORKING/LOBBYING.

Aufgrund jahrelanger engmaschiger Betreuung von Partnern aus verschiedensten Einrichtungen des Gesundheitssystems.

MIT UNSEREM LEISTUNGS-PORTFOLIO. ALS STARKER TEIL DER PERI GROUP.

PERI
PERI CONSULTING GmbH

Peri Consulting GmbH
Lazarettgasse 19/OG 4, A-1090 Wien
(T) +43/1/908 11 46 · (F) +43/1/402 13 41-18
(E) office@periconsulting.at · (I) www.periconsulting.at

Geschäftsführer
Mag. Hanns Kratzer

„Networking als Basis für Erfolg“

VON MAG. NINA BENNETT, MA

Danone ist davon überzeugt, dass die Ernährung der Schlüssel zu Gesundheit und Wohlbefinden ist. Dr. Petra Burger leitet als Corporate and Scientific Affairs Director die Unternehmenskommunikation von Danone Österreich. Im Gespräch mit dem Periskop spricht die Kommunikationsallrounderin über ihren Aufgabenbereich bei Danone, Chancen und Risiken von Social Media und die Aktivitäten des Unternehmens zu Corporate Social Responsibility (CSR).

P: Wie sieht Ihr Aufgabenbereich aus und wie ist die Kommunikationsabteilung bei Danone Österreich strukturiert?

Burger: Die Abteilung „Corporate Communications und Scientific Affairs“ umfasst die Bereiche External Relations, Corporate Communications, Health Affairs, Regulatory Affairs & Lobbying, Quality Management und Krisenmanagement. In den letzten Jahren haben Themen wie CSR, Umweltmanagement und Sustainability mehr Gewicht erhalten. In der Kommunikationsabteilung sind wir zu dritt. Eine meiner Mitarbeiterinnen beschäftigt sich mehr mit Regulatory und Health Affairs und ist darüber hinaus die Umweltmanagerin. Die zweite Mitarbeiterin unterstützt Corporate Communications, Health Affairs und leitet das CSR-Projekt. Public Affairs, Lobbying und Krisen-PR liegen neben der Leitung der Abteilung in meinem Aufgabenbereich.

P: Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen?

Burger: Der intensivste Austausch findet mit der Marketingabteilung statt, hier gibt es viele Überschneidungen. In zahlreichen Projekten anderer Abteilungen ist eine Vertreterin aus meinem Team dabei. Zum Thema „GREEN“ gibt es wiederum ein abteilungsübergreifendes Team unter unserer Leitung, das sich aus je einem Mitarbeiter aus jeder Abteilung zusammensetzt. Auch das Business-Leadership-Team, dem ich als Mitglied der Geschäftsführung angehöre, tagt alle zwei Wochen zu Zielvorgaben, Strategie, Status und Topprojekten. Vor allem bei Produkteinführungen – wie jetzt bei DanVia – arbeiten wir sehr eng mit Marketing und Entwicklung zusammen. DanVia ist ein rein österreichisches Produkt, mit vollem Geschmack, ohne zugesetzten Zucker. DanVia gibt es nur in Österreich und wird in Kooperation mit der Alpenmilch Salzburg produziert. Die stärkere Verankerung des Unternehmens im sozioökonomischen Gefüge unseres Landes ist ein großes Ziel.



P: Mitunter steht die Lebensmittelbranche im Kreuzfeuer der Medienkritik. Wie können Sie dem mit zielgerichteter externer Kommunikation entgegenwirken?

Burger: Lebensmittel sind in Österreich ein äußerst emotionales Thema. Durch unsere klassische Kommunikation sind wir der Öffentlichkeit sehr bekannt. So haben wir im Vergleich mit anderen Unternehmen mehr Visibility, werden jedoch auch gerne exemplarisch herangezogen, wenn es Kritik gibt. Ein großer Lerneffekt

der letzten Jahre ist, dass wir nur dann kommunizieren, wenn wir wirklich etwas zu sagen haben. Der gute Newswert eines Themas ist für Kommunikation wichtig. Außerdem ist die Transparenz in Corporate Communications essenziell, um glaubwürdig zu sein und zu bleiben.

P: Lassen sich in der Medienlandschaft Veränderungen im Vergleich zu noch vor einigen Jahren erkennen?

Burger: Es lässt sich feststellen, dass Onlinemedien und Social Media als Ergänzung zu den klassischen Medien hinzugekommen sind. Von der Arbeitsweise her glaube ich, dass die Skepsis generell gestiegen ist. Die Medienvertreter wie auch die Konsumenten sind vorsichtiger und kritischer gewor-

„Die stärkere Verankerung des Unternehmens im sozioökonomischen Gefüge unseres Landes ist ein großes Ziel.“

den. Mitunter ist das sicher auch der Fall, weil die Redaktionen selbst kritisch beobachtet werden und strengeren Restriktionen unterliegen. Ein gutes Netzwerk aufzubauen und zu pflegen war für mich immer schon essenziell. Mir ist der ständige Dialog und Austausch mit Personen aus der Lebensmittelbranche wichtig, und hier handelt es sich tatsächlich um eine überschaubare, recht beständige Gruppe von Gesprächspartnern.

P: Social Media werden immer mehr zum Thema. Inwiefern können Social Media – auf interner wie auch externer Ebene – in der Konzernkommunikation genutzt werden? In welchen Social-Media-Kanälen ist Danone aktiv?

Burger: Social Media sind ein sehr wichtiger Kanal und werden von Danone in Form von Facebook-Fanpages zu unseren Marken gerne genutzt. Social Media bieten eine Plattform für einen transparenten, schnellen und ehrlichen Dialog zwischen dem Kunden und dem Unternehmen. Allerdings benötigen Social Media zur effektiven Nutzung auch entsprechende Ressourcen. Bei falscher Anwendung können sogar Krisen entstehen, wie es diversen Unternehmen schon passiert ist. Danone Österreich hat bislang noch keine Unternehmens-Facebook-Seite, aber es geht immer mehr in diese Richtung. Daher bin ich optimistisch, dass wir die Kanäle der Neuen Medien in Zukunft vermehrt nutzen werden. Unsere

„Die Medienvertreter wie auch die Konsumenten sind vorsichtiger und kritischer geworden.“

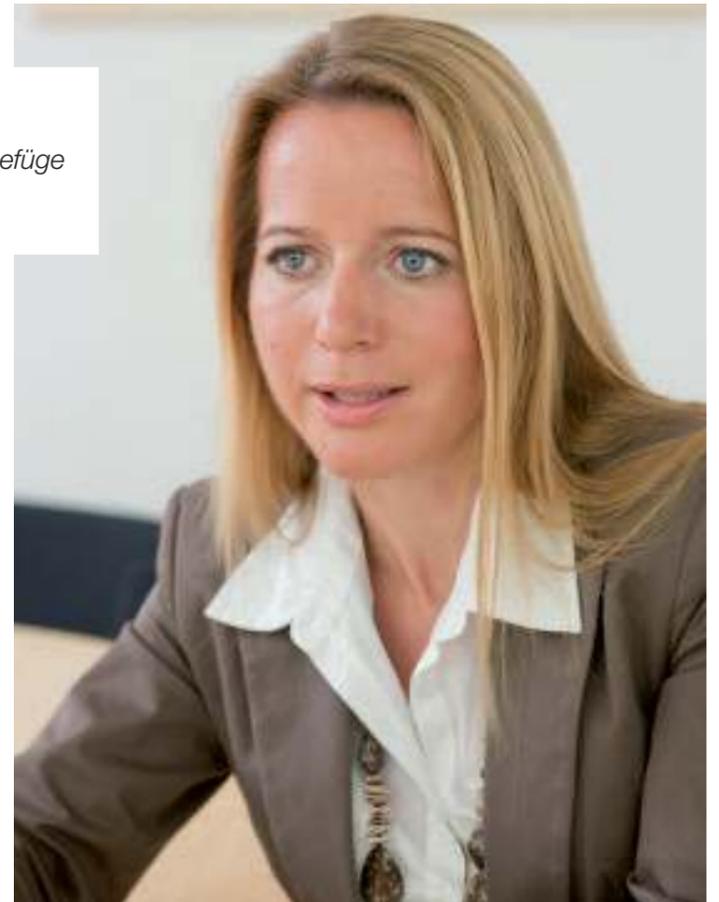
unternehmensinterne Social-Media-Policy enthält genaue Richtlinien dazu, wer sich zu welchem Thema äußern sollte. Zudem haben wir eine so genannte Netiquette für die gesamte Kommunikation im Web, auf deren Einhaltung wir achten.

P: Wie steht Danone zu Corporate Social Responsibility? Gibt es hier Aktivitäten, die vonseiten Ihres Unternehmens geplant sind?

Burger: Unsere soziale Verantwortung ist seit vierzig Jahren durch den damaligen

Danone-CEO Antoine Riboud fest im Unternehmenskern verankert. In Österreich hatten wir immer schon verschiedene CSR-Projekte, aber nun wird dieser Unternehmensbereich intensiver forciert. Ein Projekt ist der Danone-Nations-Cup, eine Kinderfußball-Weltmeisterschaft mit Zinedine Zidane als Schirmherr. Hier hatten wir eine Kooperation mit den Kinderdörfern, seit drei Jahren auch mit Thomas Geierspichler. Das zweite Projekt ist der Danone Children's Day. Im Rahmen dessen haben wir mit Kindern des Heil-

pädagogischen Zentrums Hinterbrühl Weihnachtskarten gebastelt, Kekse gegessen und Weihnachten gefeiert. Einige unserer Mitarbeiter waren während ihrer Arbeitszeit vor Ort, um die Kinder zu betreuen. Das dritte, aktuell größte Projekt nennt sich „DANhelp“. Es wurde 2010 ins Leben gerufen. Danone Österreich widmet sich in Kooperation mit der Caritas der Unterstützung älterer, sozial benachteiligter Menschen. Das ist eine Gruppe, die in unserer Gesellschaft oft nur wenig Beachtung findet. Neben einem Fixbetrag, der jährlich gespendet wird, werden diese Mittel durch eine an das Mitarbeiterengagement gebundene Summe aufgestockt.



Diese Gelder kommen der Caritas-Nothilfe zugute und sind älteren Personen in Notsituationen gewidmet. Sie werden das ganze Jahr über von unseren Mitarbeitern betreut. Zudem werden sie besucht – insbesondere zu Weihnachten, zu Ostern etc. – und es werden auch gemeinsame Ausflüge unternommen. DANhelp wurde aktuell für den Trigos nominiert. Mit dieser Bevölkerungsgruppe, die stark auf Hilfe angewiesen ist, beschäftigen sich leider noch zu wenige. Besonders wertvoll finde ich dieses Projekt, weil es ausschließlich der Unterstützung hilfsbedürftiger Menschen dient und jeglicher Business-Konnex bewusst außen vor gelassen wurde.

P: Was bedeutet für Sie persönlich Erfolg? Welche Faktoren sind bei Ihnen dafür ausschlaggebend gewesen?

Burger: Für meinen Erfolg waren insbesondere das Netzwerk und die Kontakte in meiner Zeit an der Universität ausschlaggebend. Ich stecke mir hohe Ziele, und diese erreiche ich eben oft nicht geradlinig, sondern über einen eher steinigen Weg. Aber durch meine Ausdauer konnte ich glücklicherweise sehr oft erreichen, was ich mir vorgenommen hatte.

BioBox:

Dr. Petra Burger hat seit dem Jahr 2000 die Leitung der Abteilung Unternehmenskommunikation bei Danone Österreich inne. Sie beschäftigt sich im Rahmen ihrer Tätigkeit bei Danone mit External Relations, Corporate Communications, PR, Krisenmanagement, Events, CSR und Sustainability. Während ihres Doktoratstudiums der Ernährungswissenschaften war sie vier Jahre lang als Universitätsassistentin am Department für Ernährungswissenschaften tätig. Zudem bildete sich Dr. Burger unter anderem durch die Pharmareferentenprüfung und den Lehrgang für Marketing und Verkaufsmanagement weiter.

Impfstoffe zählen nach wie vor zu den effizientesten Möglichkeiten, weltweit verbreitete und sehr gefährliche Infektionen zu verhindern. Aufgrund zahlreicher Infektionskrankheiten und der Resistenzenbildung von Antibiotika besteht ein massiver Bedarf an einer neuen Generation von sicheren und wirksamen Impfstoffen. Intercell hat sich auf die Entwicklung von so genannten intelligenten Impfstoffen – „Smart Vaccines“ – spezialisiert. CEO Thomas Lingelbach spricht im Periskop-Interview über die bisher größte Errungenschaft des Unternehmens und erklärt, warum Partnerschaften mit globalen Pharmaunternehmen für Intercell einen enormen Stellenwert haben.

THOMAS LINGELBACH
CHIEF EXECUTIVE OFFICER VON INTERCELL

„Größere Fördermittel für Biotech-Entwicklungsprogramme“

MAG. NINA BENNETT, MA

P: Mehr als zwanzig Jahre arbeiten Sie bereits in der Pharma- und Impfstoffindustrie und seit Mai 2011 sind Sie Chief Executive Officer von Intercell, wo Sie seit 2006 tätig sind. Was sind Ihre Aufgabenbereiche und wo liegen Ihre speziellen Interessen?

Lingelbach: Als ich zu Intercell kam, war ich zunächst als Chief Operating Officer (COO) tätig und wurde 2007 dort in den Vorstand berufen. In den ersten Jahren bei Intercell war ich mit der Produktentwicklung, dem Aufbau der kommerziellen Produktion in Schottland, der Gestaltung aller Produktions- und Prozessabläufe sowie dem Markteintritt von Intercells Impfstoff gegen Japanische Enzephalitis betraut. Im Mai 2011, einer Zeit, in der das Unternehmen mit schweren Rückschlägen zu kämpfen hatte, wurde ich zum CEO von Intercell bestellt. Durch meine mehr als zwanzigjährige Erfahrung in der Pharma- und Impfstoffindustrie bin ich damit vertraut, in Krisenzeiten Restrukturierungen durchzuführen. Die Umsetzung der Erneuerungsstrategie von Intercell und der Vertrauensaufbau in das Unternehmen und seine Fähigkeiten zählen zu meinen Hauptaufgaben. Dazu gehört auch eine zielgerichtete Kommunikation mit Investoren, Partnern und Mitarbeitern.

P: Intercell hat sich auf die Entwicklung von so genannten „Smart Vaccines“ spezialisiert. Was kann man sich darunter vorstellen?

Lingelbach: Mit dem Begriff „Smart Vaccines“ bezeichnen wir unseren Ansatz bei der Produktentwicklung von Impfstoffen. Und zwar erstens in Bereichen, in denen neuartige technische Ansätze erforderlich sind – wie zum Beispiel unser neuer, moderner Impfstoff gegen Japanische Enzephalitis für Asienreisende und das Militär. Zweitens konzentrieren wir uns auf Gebiete, in denen großer, jedoch nicht adressierter Bedarf besteht, dafür steht etwa unser neuer Impfstoffkandidat gegen Pseudomonas. Und drittens gibt es unsere innovativen Technologieplattformen – wie unser Adjuvans IC31, unsere Pflaster- oder

unsere Antikörpertechnologie –, die Partner bei der Entwicklung neuer Produkte unterstützen.

P: Ihr erstes Produkt am Markt ist ein prophylaktischer Impfstoff gegen Japanische Enzephalitis. Sie haben gerade erst den erfolgreichen Abschluss einer weiteren Studie Ihres Impfstoffs bekannt gegeben. Für Erwachsene ist dieser in Europa, den USA, Kanada, der Schweiz, Hongkong und Australien bereits für Erwachsene und Militärangehörige zugelassen. Ab wann streben Sie eine Zulassung für Kinder an?

Lingelbach: Neben der Zulassung und Markteinführung unseres Impfstoffs gegen Japanische Enzephalitis war die Weiterentwicklung eines Impfstoffs zum Schutz von Kindern, die in endemische Gebiete reisen, ein vorrangiges Ziel unseres Unternehmens. Die Daten der soeben veröffentlichten Studien haben gezeigt, dass dieser auch für Kinder geeignet ist. Die Einreichung zur Zulassung soll im zweiten Quartal 2012 geschehen. Wir erwarten noch Ende 2012/2013 die Lizenzierung von EMA und FDA.

Unsere Partnerschaften mit globalen Pharmaunternehmen haben für uns enormen Stellenwert. Zum einen gewinnen wir durch diese einen größeren finanziellen Handlungsspielraum, zum anderen validiert das Vertrauen unserer Partner in unsere Produktpipeline unsere Technologien, Forschung und Entwicklung.

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

Lingelbach: Die größte Errungenschaft für Intercell war sicherlich die Zulassung des Impfstoffs gegen Japanische Enzephalitis. Intercell hat es als eines der wenigen Biotechunternehmen geschafft, ein Produkt aus der Forschungspipeline über die erfolgreiche klinische Erprobung bis zur Markteinführung zu bringen. Die Akzeptanz des Impfstoffs am Markt und die steigenden Umsätze unterstreichen die Qualität des Produkts und den medizinischen Bedarf. Des Weiteren sind es natürlich die erfolgreichen strategischen Partnerschaften mit Pharmaunternehmen, welche es uns erlauben, gemeinsam komplexe und kostenaufwendige Forschungs- und Entwicklungsprogramme voranzutreiben. Strategisch haben wir das Unternehmen neu, schlank und effizient aufgestellt – mit dem Ziel, die finanzielle Nachhaltigkeit mittelfristig zu gewährleisten.

P: Wie sehen Sie die österreichische Biotechlandschaft? Gibt es ausreichend qualifizierte Nachwuchsforscher?

Lingelbach: Die österreichische Biotechlandschaft ist mit mehr als vierzig Unternehmen in der Branche sehr gut aufgestellt. Eine rege Zusammenarbeit zwischen Universitäten, Forschungseinrichtungen, der Industrie und öffentlichen Förderstellen bildet die Basis für die Gründung von Start-up-Unternehmen am Standort Wien. Viele von ihnen haben sich rasch entwickelt und international für Aufmerksamkeit gesorgt. Da sich unsere potenziellen Mitarbeiter nicht nur aus dem lokalen Nachwuchs ergeben und Wien als Standort bei internationalen Nachwuchsforschern durchaus attraktiv ist, ist es für uns einfach, gut ausgebildete Mitarbeiter zu finden.

P: Was würden Sie sich hinsichtlich der Rahmenbedingungen von den zuständigen Behörden bzw. auch von der Gesundheits- und Wissenschaftspolitik wünschen?

Lingelbach: Zum einen wünsche ich mir natürlich die Unterstützung der weiteren Ansiedlung standortnaher Forschung, Wissenschaft, Technologieunternehmen und -institute. Am Campus Vienna Biocenter ist diese Kombination bereits in einzigartiger Form vorhanden. Des Weiteren sollten durch die zuständigen Behörden größere Fördermittel für Biotech-Entwicklungsprogramme bereitgestellt werden: Hier kommt die Impfstoffforschung eindeutig zu kurz, dabei leisten Impfstoffe aus gesundheitsökonomischer Sicht einen großen Beitrag. Obwohl sich lokal ein sehr starkes Biotechcluster entwickelt hat, das durch die akademische Nähe sowohl inhaltlich als auch personell unterstützt wird, fehlt die Ansiedlung entsprechender Pharmafirmen, die sozusagen als lokale „Kunden“ Programme von Biotechunternehmen weiterführen könnten. Aus meiner Sicht wird für die Attraktivität eines Pharmaproduktionsstandorts Wien bzw. Österreich noch zu wenig getan.

BioBox:

Thomas Lingelbach wurde im Mai 2011 CEO von Intercell. Er trat 2006 als COO in das Unternehmen ein und ist seit 2007 im Vorstand von Intercell. Von 2001 bis zur Übernahme durch Novartis war er Bereichsleiter für das Industriegeschäft im Vorstand von Chiron Vaccines und Geschäftsführer von Chiron-Behring in Deutschland. Bevor der Diplomingenieur für Maschinenbau und Verfahrenstechnik zu Intercell kam, war er in die Integrationsaktivitäten von Novartis Vaccines and Diagnostics involviert und verantwortete das Impfstoffgeschäft des Unternehmens in Deutschland.



„Intercell hat es als eines der wenigen Biotechunternehmen geschafft, ein Produkt aus der Forschungspipeline über die erfolgreiche klinische Erprobung bis zur Markteinführung zu bringen.“

P: Ihr Portfolio enthält neben dem Impfstoff gegen Japanische Enzephalitis noch weitere Impfstoffkandidaten. Wie wichtig ist bei dieser Entwicklung die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen?

Lingelbach: Als innovatives Forschungs- und Entwicklungsunternehmen gehören die Zusammenarbeit und der kontinuierliche wissenschaftliche Erfahrungsaustausch mit akademischen Institutionen, Experten und Meinungsbildnern sowie großen NGOs zu den wichtigsten Eckpfeilern einer erfolgreichen Basisarbeit.



Österreich schaut auf die Augen der Kinder. Österreich schaut zum Augenarzt.

Die Gesundheit unserer Kinder liegt uns am Herzen. Gerade auf die Augengesundheit der jüngsten Generation legen wir Augenärzte besonders viel Wert. Gesunde Augen und beschwerdefreies Sehen sind für die Entwicklung und Lernfähigkeit von Kindern essenziell.

Vorsorge und Früherkennung sind wichtig, denn die meisten Augenerkrankungen werden von den Kindern und ihren Eltern lange Zeit nicht bemerkt. Wenn eine Sehverschlechterung auffällt, ist es in vielen Fällen schon zu spät und der Schaden kann nicht wieder behoben werden. Einmal verlorene Sehkraft ist in den meisten Fällen leider irreversibel. Sehtests an sich können nicht die Sicherheit geben, dass das Auge gesund ist und die Sehkraft erhalten bleibt. Aus diesem Grund sollen die ärztlichen Angebote wie Vorsorgeuntersuchungen schon im Kindesalter von den Eltern besonders regelmäßig und sorgfältig in Anspruch genommen werden.

Augenvorsorgeuntersuchungen bereits für Kleinkinder notwendig

Vorsorgeuntersuchungen der Augen sind bei Kindern und Kleinkindern äußerst wichtig. Bereits im Säuglingsalter sollten die Augen entsprechend kontrolliert werden. Im Rahmen des Mutter-Kind-Passes wird zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat des Kindes die dringend notwendige erste Augenuntersuchung empfohlen. Spätestens zu diesem Zeitpunkt müssen Hinweise auf mögliche Sehstörungen abgeklärt werden. Die sensible Phase der Entwicklung der Sehkraft ist im Alter zwischen null und sechs Jahren. Falls aus irgendwelchen Gründen – wie zum Beispiel durch geringes Schielen – das Sehen nicht erlernt werden kann und die Ursache nicht behandelt wird, ist die Sehkraft an diesem Auge für immer verloren.

Kindergarten- und Schulkinder: einmal im Jahr zur Kontrolle

Für Kinder im schulpflichtigen Alter empfehlen wir einmal jährlich eine augenfachärztliche Kontrolle, um Fehlsichtigkeit, Augenerkrankungen und Schielen rechtzeitig zu entdecken. Volks-

schulkinder teilen es den Eltern nicht unbedingt mit, wenn sie schlechter sehen, da sie von dem für sie gewohnten Sehvermögen ausgehen. Um bleibenden Schäden und schlechten Schulerfolgen vorzubeugen, ist es im Vorschulalter notwendig, die Augen einmal im Jahr kontrollieren zu lassen. Auch Lese- und Schreibschwierigkeiten, Kopfschmerzen und Ermüdung können auf Augenerkrankungen hindeuten. Insbesondere bei Kindern mit Lese- und Rechtschreibproblemen muss eine exakte augenärztliche und orthoptische Untersuchung vorgenommen werden. Zu einer genauen Untersuchung gehört auch das Weittropfen der Pupille, denn so kann die für ein Kind richtige Brille bestimmt und festgestellt werden, ob die Ursache im Auge liegt oder womöglich Erkrankungen des Gehirns vorliegen. Hier arbeiten niedergelassene Augenärzte eng mit den Spezialabteilungen unserer Krankenhäuser – den österreichischen Sehschulen – zusammen.

Diagnose und Therapie gehören immer in die Hand des Augenarztes

Durch unsere umfassenden und fundierten Kenntnisse sind wir Augenärzte in der Lage, Kinder auf höchstem medizinischem Niveau zu versorgen. Adäquate Hilfestellung, Diagnose und Therapie kann nur durch den Augenarzt erfolgen, da dieser über eine ganzheitliche medizinische Ausbildung verfügt. Diese umfasst nicht nur die Lehre um das Auge, sondern bezieht den gesamten Körper mit allen Zusammenhängen mit ein. Auch Hinweise auf viele Erkrankungen in anderen Körperregionen lassen sich im Auge erkennen. Durch seine fundierte Ausbildung muss der Augenarzt für Menschen jedes Alters der erste Ansprechpartner für Augenerkrankungen sein.

Dr. Gabriela Seher

Fachärztin für Augenheilkunde und Optometrie



PERI Marketing & Sales Excellence GmbH

mit Geschäftsführer Wilfried Teufel

VON MAG. (FH) MARTINA DICK

Produkterfolg liegt in der Analyse

Seit 2010 erarbeiten Wilfried Teufel und sein Team von der PERI Marketing & Sales Excellence als Mitglied der PERI Group Marketingstrategien für die Pharmabranche. Eine frühzeitige Marktanalyse einerseits und die Begleitung des Produkts durch seinen gesamten Lebenszyklus hindurch andererseits sieht die PERI Marketing & Sales Excellence als Basis für eine erfolgreiche Strategie.

Strategische Beratung von Beginn an

Durch den derzeit stattfindenden Wandel des Gesundheitsbereichs sind klassische Marketing- und Salesstrategien nur noch bedingt zielführend. Der Trend führt weg vom reinen Produktmarketing hin zum umfangreicheren Bereich der Awareness. Das bedeutet, dass ein Kommunikationsdreieck entstehen muss, in dem neben dem Arzt und der Pharmaindustrie auch institutionelle Partner stehen. Um diese neue Beziehungswelt zu gestalten, werden langjährige Erfahrung, fundiertes Wissen sowie ein überdurchschnittliches Maß an Vernetzung mit den Institutionen des Gesundheitsbereichs benötigt. Als Geschäftsführer der PERI Marketing & Sales Excellence bringt Wilfried Teufel alle diese Voraussetzungen aus seiner über zwanzigjährigen beruflichen Tätigkeit in der Pharma- und Gesundheitsbranche mit. „Unsere Kunden haben bereits erkannt, dass heute weit mehr als ein ausgefeilter Marketingplan und

eine umfangreiche Marktanalyse notwendig sind, um ein Produkt erfolgreich über seinen gesamten Lebenszyklus zu führen. Es geht uns um eine klare Strategie, in der einem kritischen Expertenblick von außen von Beginn an Platz eingeräumt wird“, erklärt Wilfried Teufel und führt weiter aus: „In unserer Beratung blicken wir immer auch über den Tellerrand unserer Branche hinaus und beziehen erfolgrei-

che Beispiele aus anderen Marktsegmenten mit ein.“ Durch die überdurchschnittlich starke Vernetzung mit dem Gesundheitssektor, der Gesundheitspolitik und institutionellen Stakeholdern ist die PERI Marketing & Sales Excellence wie keine andere in diesem Bereich in der Lage, Pharmaunternehmen und ihre Produkte erfolgreich in die Zukunft zu führen.

PERI GROUP
stellt sich vor

Coaching für junge Führungskräfte

Die Welt der Pharmaindustrie, der Gesundheitspolitik und der medizinischen Institutionen ist komplex und vielschichtig. Auf junge Führungskräfte wartet in diesem spannenden und engmaschig aufgestellten Betätigungsfeld daher der eine oder andere Fallstrick. Die PERI Marketing & Sales Excellence steht den Newcomern in der Pharmabranche mit Kompetenz, Know-how, Expertise und ausgeprägtem Hintergrundwissen im Rahmen von persönlichen Coachings zur Seite. Die Begleitung über eine Zeitspanne von mehreren Monaten bis zu einem Jahr oder länger ermöglicht eine fundierte Vertrauensbasis. Fachliche und gesundheitspolitische Fragen werden gemeinsam bearbeitet, Ziele und Strategien werden individuell entwickelt und auf die Kompetenzen und vorhandenen Erfahrungen abgestimmt. „Aufgrund meiner persönlichen Erfahrung und meiner langjährigen Tätigkeit in der Pharmaindustrie kenne ich die Netzwerke, die Risiken und Fallstricke in der österreichischen Branche. Das Coaching und die langfristige Begleitung der Mitarbeiter verkürzen erfahrungsgemäß die Einarbeitungsphase und geben fundierte Einblicke in die Besonderheiten des lokalen Markts. Unser Ziel ist die individuelle Förderung der Entwicklungsmöglichkeiten des Mitarbeiters, damit sein volles Potenzial ausgeschöpft werden kann“, erläutert Wilfried Teufel die Basis für seine Art des Führungskräftecoachings.

Die Zahl der Menschen mit Hauterkrankungen ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Unter anderem werden Dermatologen künftig vermehrt mit Melanomen und aktinischen Keratosen konfrontiert sein. In der Früherkennung und Behandlung von Hautkrebs ist die Wiener Universitätsklinik für Dermatologie international federführend. Im Periskop-Interview spricht ao. Univ.-Prof. Dr. Rainer Kunstfeld, Oberarzt an der Abteilung für Allgemeine Dermatologie an der Universitätsklinik für Dermatologie am AKH Wien, über Präventionsmaßnahmen, neue Therapiemöglichkeiten und die Dermatologie der Zukunft.

AO. UNIV.-PROF. DR. RAINER KUNSTFELD
 OBERARZT AN DER ABTEILUNG FÜR ALLGEMEINE DERMATOLOGIE
 AN DER UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR DERMATOLOGIE AM AKH WIEN

„Innovative Therapien gewinnen immer mehr an Bedeutung“

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

P: Sie sind Facharzt für Dermatologie und Venerologie am AKH Wien. Aus welchen Gründen haben Sie sich während Ihrer Ausbildung für diese Fachdisziplin entschieden?

Kunstfeld: Bei der Dermatologie handelt es sich um ein faszinierendes Fachgebiet. Ich habe am Ende meines Studiums nach einer Disziplin gesucht, die die Möglichkeit bietet, wissenschaftlich zu arbeiten. Es gab einige Fächer, die dafür infrage kamen. Die Dermatologie fand ich besonders vielschichtig und abwechslungsreich.

P: Welche Themenfelder werden die Dermatologie in Zukunft verstärkt beschäftigen?

Kunstfeld: Innerhalb der letzten zehn Jahre wurde eine Fülle von neuen Therapien entwickelt, wobei der Trend wie in der gesamten Medizin hin zu einer maßgeschneiderten, personalisierten Behandlung führt. Das Ziel ist die Ermöglichung einer präzisen Diagnose mit allen molekularen Veränderungen, etwa um Hautkrebs mit all seinen Mutationen festzustellen. Dadurch kann für jeden Patienten die individuell beste Behandlungsmöglichkeit ausgewählt werden.

P: Wie ist der Fortschritt der Dermatologie in den letzten Jahrzehnten zu bewerten?

Kunstfeld: Innovative Technologien gewinnen immer mehr an Bedeutung. Bei der Entwicklung neuer Therapiemöglichkeiten spielt die Universitätsklinik für Dermatologie Wien eine wichtige Rolle.

Sie ist im internationalen Maßstab besonders aktiv. Vor allem digitale Programme wie die computergestützte Auflichtmikroskopie kommen vermehrt zum Einsatz, damit können bereits frühe Veränderungen von Muttermalen festgestellt werden. Daneben stellt die konfokale Lasermikroskopie einen faszinierenden Fortschritt in der Dermatologie dar. Denn sie ermöglicht die Ansicht der Haut auf zellulärer Ebene mit einer dem Mikroskop ähnlichen Auflösung.

P: Worin sehen Sie die größten zukünftigen Herausforderungen für das österreichische Gesundheitssystem aus der Sicht Ihrer Fachdisziplin?

Kunstfeld: Es ist die Entwicklung zu beobachten, dass immer mehr Behandlungen ambulant oder tagesstationär erfolgen. Durch verbesserte Operationstechniken und schonendere Eingriffe können Patienten morgens operiert und nach einer kurzen Zeit der Regeneration am selben Tag entlassen werden. Davon ist die Dermatologie nicht ausgeschlossen. Eine flächendeckende Versorgung mit dermatologischen Betten ist jedoch nach wie vor erforderlich. Dabei wird es in Zukunft wahrscheinlich noch notwendiger sein, sich mit kleineren Abteilungen, Peripheriekrankenhäusern und gut ausgestatteten Ordinationen zu organisieren.

P: Sie sind Spezialist für aktinische Keratosen. Wie entstehen diese? Welche Erscheinungsformen können sie haben und wie werden sie diagnostiziert?

Kunstfeld: Bei aktinischen Keratosen handelt es sich um Veränderungen, die sich klinisch als verhornte, zum Teil verkrustete Papeln oder Plaques mit fest anhaftender Schuppung auf rötlichem Grund manifestieren. Sie treten typischerweise nicht einzeln, sondern multipel auf. Die Erkrankung wird

durch Sonnenlicht verursacht. Da dieses nie nur einzelne Stellen der Haut schädigt, sind immer ganze Areale wie die Unterarme oder die Handrücken verändert. Betroffen sind vor allem Menschen, die sich viel im Freien aufhalten. Aktinische Keratosen wurden einst verharmlost, doch heute wissen wir, dass es sich um Hautveränderungen handelt, die die gleichen molekularen Veränderungen aufweisen wie Plattenepithelkarzinome und die die früheste Form des weißen Hautkrebses darstellen.

P: Wie ausgeprägt ist das Bewusstsein des Patienten für das gesundheitliche Risiko bei Nichtbehandlung bzw. Nichtkontrolle seiner aktinischen Keratosen?

Kunstfeld: Das Bewusstsein der Patienten ist sehr gering und die Krankheit selbst wird oft bagatellisiert. Eine Aufklärung der Patienten ist sinnvoll und notwendig, damit Betroffene sich früh genug an den Hautarzt wenden. Denn für alle Hautkrebsarten gilt: Je früher sie erkannt werden, desto größer sind die Heilungschancen.

P: Wie gestaltet sich die Behandlung aktinischer Keratosen? Wie groß ist hier Ihrer Meinung nach der Bedarf an neuen Therapien?

Kunstfeld: Nachdem wir wissen, dass die UV-Strahlung nicht nur einzelne Zellen in der Haut schädigt, sondern ganze Areale betroffen sind – ein Effekt, den man als „Feldkanzerisierung“ bezeichnet –, sollte die Behandlung auch flächengerichtet sein und das ganze Feld



einschließen. Eine Möglichkeit der flächengerichteten Behandlung ist die so genannte „Feldtherapie“. Hier wird zum Beispiel das geschädigte Areal mit flüssigem Stickstoff eingefroren. Diese Kryotherapie ist nicht ganz schmerzlos. Es werden dabei auch gesunde Zellen wie pigmentbildende Zellen zerstört, dadurch bleiben bei den Betroffenen häufig weißliche, depigmentierte und vernarbte Stellen zurück.

Weiters gibt es die photodynamische Therapie, die einen relativ hohen apparativen Aufwand verlangt, aber in den Händen von erfahrenen Kollegen durchaus ihre Berechtigung hat. Auch topisch anzuwendende Chemotherapien sind effizient und können gerade bei therapieresistenten Fällen Abhilfe schaffen. Den Bedarf an neuen Therapien stupe ich als sehr hoch ein, da immer mehr Patienten an aktinischen Keratosen leiden und die derzeit zugelassenen Behandlungen nicht zu hundert Prozent effektiv sind. Mitunter sind sie auch mit ausgeprägten Nebenwirkungen wie lokalen Entzündungsreaktionen verbunden.

„Denn für alle Hautkrebsarten gilt: Je früher sie erkannt werden, desto größer sind die Heilungschancen.“

P: Was sind die wichtigsten Präventionsmaßnahmen bei aktinischen Keratosen? Ist die Bevölkerung darüber ausreichend informiert?

Kunstfeld: Die wichtigste Präventionsmaßnahme stellt ausreichender Sonnenschutz dar und die Bevölkerung ist recht gut über die schädigende Wirkung von UV-Strahlung aufgeklärt. Im Alltag oder im Urlaub wird die Anwendung des entsprechenden Sonnenschutzes dann aber doch vernachlässigt. Allerdings ist zu wenigen Menschen bewusst, dass man sich damit nicht nur vor schwarzem, sondern auch vor weißem Hautkrebs schützt. Nicht nur das Melanom ist weltweit im Vormarsch, auch die Zahl der Neuerkrankungen am weniger bekannten und daher häufig unterschätzten „hellen“ Hautkrebs steigt an.

P: Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizinern und Dermatologen? Besteht hier aus Ihrer Sicht Optimierungspotenzial?

Kunstfeld: Allgemeinmediziner müssen in der Lage sein, verdächtige Läsionen bei Patienten zu erkennen, um sie früh genug an den Dermatologen zu verweisen. Diese Kenntnisse sollten im Rahmen der Turnusausbildung erworben werden. Zusätzlich sollte sich der Allgemeinmediziner über neue Entwicklungen in der Dermatologie informieren. Es ist deshalb entscheidend, dass entsprechende Fortbildungsveranstaltungen angeboten werden.

BioBox:

ao. Univ.-Prof. Dr. Rainer Kunstfeld wurde 1969 geboren und promovierte 1995 zum Doktor der gesamten Heilkunde in Wien. Nach dem Präsenzdienst war Dr. Kunstfeld als Turnusarzt im Wilhelminenspital tätig, danach folgte die Ausbildung zum Facharzt für Dermatologie und Venerologie an der Universitätsklinik für Dermatologie in Wien. Im Jahr 2004 wurde ao. Univ.-Prof. Dr. Rainer Kunstfeld für das Fach Dermatologie und Venerologie habilitiert und wenig später zum Oberarzt an der Abteilung für Allgemeine Dermatologie der Universitätsklinik für Dermatologie am Allgemeinen Krankenhaus Wien berufen.



ES GIBT EINEN NEUEN WEG, PATIENTEN VOR
INVASIVEN PNEUMOKOKKEN-ERKRANKUNGEN
SCHÜTZEN ZU KÖNNEN ...



Pneumokokken-Schutz über 50! Prädikat: Welldone!

Welldone, Werbung und PR launcht Kampagne für Pneumokokken-Schutzimpfung für Erwachsene.

Dass Pneumokokken für Babys und Kleinkinder eine ernsthafte Bedrohung darstellen ist – nicht zuletzt durch die Kampagnen der Welldone, Werbung und PR in den letzten Jahren – schon weitgehend bekannt. 2012 starteten die Werber aus der Wiener Lazarettgasse 19 im Auftrag von Pfizer Austria nun auch eine Kampagne, die die Pneumokokken-Schutzimpfung für Menschen ab 50 Jahren in den Mittelpunkt stellt. Dies ist besonders wichtig, da mit zunehmendem Alter die Abwehrkraft des Körpers schwächer wird.

Daher wurden für die medizinische Fach-Zielgruppe Werbemittel entwickelt, die ein stärkeres Bewusstsein für den Schutz vor Pneumokokken-Erkrankungen schaffen sollen. Vom Direct Mailing über Anzeigen, Patientenbroschüren und Poster bis hin zu kreativen medialen Sonderwerbformen wie dem überdimensionalen „Trendsetter“-Pflaster wurde so die Pneumokokken-Schutzimpfung über 50 kommuniziert.

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



Prevenar 13®

„Langer Leidensweg statt schnelle Schmerztherapie?“

VON DORIS NENTWICH



Teilnehmer an der Podiumsdiskussion

(in alphabetischer Reihenfolge):

Univ.-Prof. Prim. Dr. Christian Lampl,
Präsident elect der ÖSG

Mag. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr,
Vorstandsmitglied der Österreichischen Apothekerkammer

Dr. Erwin Rebhandl,
Arzt für Allgemeinmedizin

Mag. Dr. Hans-Jörg Schelling,
Vorsitzender Hauptverband Österreichischer
Sozialversicherungsträger

Sabine Waste,
„help 4 you company“

Moderation: **Doris Nentwich**

Schmerz ist ein bekanntes Phänomen, denn jeder kennt ihn. Wenn er aber chronisch wird, kann das Leben der Betroffenen zur Qual werden. Rund 1,5 Millionen Österreicherinnen und Österreicher leiden laut der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG) unter chronischen Schmerzen. Das gehört zu den häufigsten Ursachen für Krankenstände, Berufsunfähigkeit und Frühpension. Meist ist ein Zusammenspiel von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren für das Leiden verantwortlich. Migräne und Rheuma peinigen die Betroffenen oft über Jahre hinweg. So beschreibt die Mehrheit von ihnen eine solche Krankheitsgeschichte als nicht enden wollenden Leidensweg. Studien bestätigen: Innerhalb von drei Monaten suchen chronisch Schmerzkranken bis zu fünf verschiedene Ärzte auf. In vielen Fällen dauert es bis zu fünf Jahren, bis es zu einer Diagnose und schließlich einer adäquaten Behandlung kommt.

Unter dem Titel „Langer Leidensweg statt schnelle Schmerztherapie? Was läuft falsch im Österreichischen Gesundheitssystem?“ fand im Vorfeld der 20. Wissenschaftlichen Tagung der ÖSG am 31. Mai in Linz eine hochkarätige Podiumsdiskussion statt. Doris Nentwich fungierte als Moderatorin. Nach der Begrüßung der Teilnehmer, schilderte die erste Diskussionsteilnehmerin, Sabine Waste, eine langjährige Schmerzpatientin, die vergangenen Jahre als Spießrutenlauf von einem Arzt zum anderen. Zunächst brachte eine länger andauernde Cortison-Behandlung Linderung ihrer Beschwerden. Bei gelegentlichen Schmerzen, hätte sie diese mit Cortisontabletten bekämpft. So vergingen zehn Jahre, bis sich ihr Zustand wieder drastisch verschlechterte. Zu diesem Zeitpunkt konnte sie kaum noch gehen, die Schmerzen in den angegriffenen Gelenken seien trotz Medikamente unerträglich gewesen. Mehrere Operationen schienen der einzige Ausweg zu sein. Letztlich

musste Sabine Waste aufgrund der Erkrankung ihren Beruf aufgeben. Erst nach fünf Jahren wurde eine Therapie gefunden, die das Fortschreiten ihrer Erkrankung stoppen konnte. Sabine Waste sammelte durch ihre Arbeit bei dem Verein für aktive Patientenbildung „help 4 you company“ auch zahlreiche Erfahrungen mit anderen Schmerzpatienten.

Sinnvoll abgestufte Versorgung für Schmerzpatienten

Univ.-Prof. Prim. Dr. Christian Lampl, Präsident elect der ÖSG und Tagungspräsident des Kongresses, führte den langen Leidensweg vieler Patienten unter anderem auf ein strukturelles Problem zurück. Er erklärte, dass zwar weit über neunzig Prozent der Schmerzkranken ambulant behandelt werden könnten, dies aber meist nicht der Fall sei. Eine stationäre Behandlung dieser Patienten sei eine nicht zu verantwortende Verschwendung von Mitteln. Von einer sinnvoll abgestuften Versorgung, die beim Hausarzt beginnen, dann zum Schmerzmediziner und erst nach dem Aufsuchen einer Schmerzambulanz in ein ausgewiesenes Schmerzkrankenhaus führen müsse, sei man weit entfernt. Da die überwiegende Mehrzahl der Schmerzkranken ambulante Patienten seien, die über Jahre oder gar lebenslang behandlungsbedürftig bleiben, sei deren Versorgung primär Aufgabe des niedergelassenen Arztes, des Schmerzmediziners, führte Univ.-Prof. Prim. Dr. Lampl weiter aus.

Kooperation von Medizinern unterschiedlicher Disziplinen

Die Schmerztherapie werde mangels ausreichender Kenntnisse immer noch viel zu spät in Betracht gezogen. Schmerzmediziner würden erst hinzugezogen, wenn andere Ärzte mit ihrem „Latein“ am Ende seien. Besser wäre die frühe und rechtzeitige Koopera-



Dr. Hans-Jörg Schelling



Univ.-Prof. Prim. Dr. Christian Lampl



Dr. Erwin Rebhandl



Mag. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr



Sabine Waste

tion. Dass der Prophylaxe der Chronifizierung noch immer nicht ausreichend Beachtung geschenkt werde, unterstrichen die beiden Mediziner Univ.-Prof. Prim. Dr. Lampl und Dr. Erwin Rebhandl, Arzt für Allgemeinmedizin, gleichermaßen. So gebe es keine spezifischen interdisziplinären Schmerzzentren, die für Patienten einen Ansprechpartner darstellen würden. Zusätzlich sei das Fehlen von Qualitätsmaßstäben bzw. Methoden der Qualitätssicherung ein Problem in der Schmerzmedizin.

Verbesserung der Ausbildung von Schmerzmedizinern ist dringend erforderlich

Dr. Erwin Rebhandl erläuterte, dass die Ausbildung von Schmerzmedizinern verbessert werden müsse. Er unterstrich dabei, dass das Diplom der Ärztekammer, das als Nachweis für eine Spezialisierung gilt, zwar ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, aber noch zu wenig sei.

Kein Recht auf Krankheit, sondern Verpflichtung zur Gesundheit

Mag. Dr. Hans-Jörg Schelling, Vorsitzender des Hauptverbands österreichischer Sozialversicherungsträger, appellierte vor allem an das Verantwortungsbewusstsein jedes einzelnen Patienten. Er nahm alle Sprecher am Podium in die Pflicht und erklärte, dass Gesundheitsversicherungen im Gegensatz zu allen anderen Ver-

sicherungen auch zahlen würden, wenn der Betroffene ein völlig gesundheitsschädigendes Verhalten an den Tag lege. Daher müsse klarer kommuniziert werden, dass das Zahlen von Krankenversicherungsbeiträgen nicht das Recht auf Krankheit, sondern die Verpflichtung zur Gesundheit bedeute. Es gehe laut Dr. Schelling viel mehr um das Herstellen eines Bewusstseins dafür, Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. „Vorsorgen statt versorgen“ wäre die Devise.

Prävention und Gesundheitsförderung sind essenziell

Mag. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr, Vorstandsmitglied der Österreichischen Apothekerkammer, war sich mit den anderen Sprechern am Podium darüber einig, dass Prävention eine zentrale Rolle spiele. Prävention müsse bei Eigenverantwortung ansetzen und letztlich zur Gesundheitsförderung führen. Den Menschen müsse bewusst gemacht werden, dass sie Teil ihrer Gesundheit sind. Nur durch Prävention und Gesundheitsförderung seien laut Mag. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr ein langes Leben bei guter Gesundheit und damit eine Verlängerung der gesunden Lebensjahre möglich. Zudem stellte sie dar, dass bei Ärzten, Apothekern und Psychologen Vorurteile gegenüber bestimmten Medikamenten bestehen würden – insbesondere gegen Opioid-Analgetika, also Substanzen, die morphinartige Eigenschaften aufweisen. Sie seien gelegentlich mit der rationalen Anwendung und Einschätzung der

Wirkung und Gefahren überfordert. Andererseits würden sich auch kundige Hausärzte immer wieder außer Stande fühlen, ein als wirksam und verträglich ermitteltes Behandlungskonzept weiter anzuwenden, da es ihr Budget nicht erlaube. So müssen Patienten in der Behandlung von Schmerzmedizinern verbleiben, obwohl die Fortführung beim Hausarzt möglich wäre.

Frühzeitiges Handeln bei Schmerzpatienten

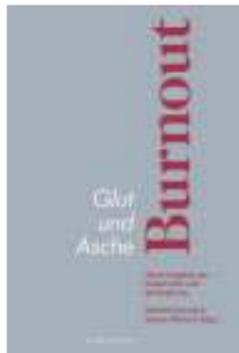
Dr. Lampl kritisierte zuletzt den derzeitigen sparpolitischen Zugang, der für die Betroffenen die schmerzhafteste und für das Gesundheitssystem die teuerste Variante sei. Durch chronische Schmerzen würden direkte Kosten für Medikamente und Spitalsaufenthalte, aber auch indirekte durch Krankenstände und Frühpensionierungen entstehen. 33 Prozent der chronischen Schmerzpatienten seien berufsunfähig und 21 Prozent müssen in die Frühpension entlassen werden. Frühzeitige Therapien und innovative Medikamente könnten laut Dr. Lampl dieser Entwicklung entgegenwirken.



BUCHREZENSIONEN

GLUT UND ASCHEN – BURNOUT: NEUE ASPEKTE DER DIAGNOSTIK UND BEHANDLUNG

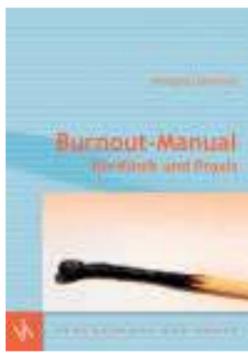
MICHAEL MUSALEK (HERAUSGEBER), MARTIN POLTRUM (HERAUSGEBER), PARODOS, ISBN: 978-3-938880-47-0, 208 SEITEN, EUR 20,00



Obwohl das Burnout-Syndrom in den letzten Jahren zu einer häufig gestellten Diagnose wurde, handelt es sich keineswegs um eine Modeerscheinung unserer Zeit. Wenn Burnout zur Krankheit wird, verlieren Betroffene das Vertrauen in ihr zukünftiges Leben. Deshalb erfordert eine erfolgreiche Behandlung neben der Fokussierung auf die mannigfachen Grundstörungen immer auch Hilfestellungen zu einer Lebensneugestaltung. Die Herausgeber und Autoren dieses Bandes möchten Vorurteilen und Kritikern entgegenreten, indem sie den Leidensdruck der Betroffenen ernst nehmen. Sie beschreiben das Phänomen Burnout in all seinen Aspekten: von medizin- und philosophiehistorischen Darstellungen über aktuelle diagnostische Verfahren bis zur Erklärung von völlig neuen Therapieansätzen.

BURN-OUT-MANUAL FÜR KLINIK & PRAXIS

WOLFGANG LALOUSCHEK, VERLAGSHAUS DER ÄRZTE, ISBN 978-3-99052-009-3, 126 SEITEN, EUR 24,90



Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Lalouschek, Facharzt für Neurologie und systemischer Coach, beschreibt in seinem Buch das Entstehen und den wissenschaftlichen Nachweis von chronischem Stress und Burnout und bietet einen umfangreichen Leitfaden zur therapeutischen Begleitung – vom Erstgespräch über Differentialdiagnosen bis hin zu medikamentösen Behandlungen, Psychotherapie und Coaching. Ein eigener Abschnitt widmet sich dem Burnout von Ärzten. Hier werden berufliche Spezifika ebenso beleuchtet wie Maßnahmen, die aus der

Krise führen können. Das Handbuch soll dazu beitragen, dem Begriff Burnout eine seriöse Basis zu geben und Mediziner dabei zu unterstützen, den Betroffenen die entsprechende Hilfe anbieten oder vermitteln zu können. Ein empfehlenswertes, umfassendes und gleichzeitig kompaktes Buch zu einem aktuellen Thema.

RADIESCHEN VON OBEN – ÜBER LEBEN MIT KREBS

KURT LANGBEIN, ECOWIN VERLAG, ISBN: 978-3-7110-0024-8, 215 SEITEN, EUR 21,90



Kurt Langbein ist einer der herausragendsten Medizinjournalisten der Welt, sein Buch „Bittere Pillen“ ist mit 2,5 Millionen verkauften Exemplaren eines der erfolgreichsten Sachbücher im deutschen Sprachraum. Als Journalist berichtete er in den Medien über das Leben und Sterben von Krebspatienten, bis ihn die Diagnose Prostatakrebs selbst traf. Das Tagebuch schildert die Monate der Verzweiflung und Zuversicht und gibt

schmerzliche wie auch hoffnungsvolle Einblicke in die Lage des Betroffenen und seiner Angehörigen. In berührender Weise schildert Kurt Langbein seine intimsten Momente und erläutert dabei, welche Behandlungsmethoden Erfolg versprechen und warum Glaube heilen kann.



22 Jahre Expertise in Planung, Organisation und Durchführung von medizinisch-wissenschaftlichen Veranstaltungen

UPDATE EUROPE – Gesellschaft für ärztliche Fortbildung ist mit ihrer mehr als 20-jährigen Erfahrung und Vernetzung im Bereich der medizinischen Wissenschaftskommunikation ein bewährter Partner bei der Konzeption, Organisation und dem logistischen Management von Veranstaltungen auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene.

Die Veranstaltungsmodulare von UPDATE EUROPE umfassen neben fachspezifischen Kongressen und firmenspezifischen Symposien wie New-Drugs- und Launch-Symposien auch Workshops, Round-Table-Diskussionen, Experten-Hearings, Fokusgruppen sowie Experten-, Konsensus- oder New-Drugs-Meetings.

UPDATE EUROPE bietet Kunden nicht nur die Betreuung aller logistischen Aspekte von Veranstaltungen, sondern stellt diesen auch ihre langjährigen Erfahrungen und Kontakte auf zahlreichen medizinischen Fachgebieten für die inhaltliche Konzeption von Veranstaltungen zur Verfügung.

UPDATE-EUROPE-LEISTUNGSSPEKTRUM IM RAHMEN VON VERANSTALTUNGEN

✘ Konzepterstellung

- Konzeption der Veranstaltung (Inhalte, Ablauf, Rahmen)
- Referenten- und Teilnehmerselektion
- Definition und Selektion potenzieller Kooperationspartner (z. B. medizinische Fachgesellschaften, gesundheitspolitische Institutionen, Patientenorganisationen etc.)

✘ Logistische Organisation

- Organisation der Räumlichkeiten, technischen Ausstattung und Bewirtung
- Meinungsbildner-Betreuung
- Einladung der Referenten und Teilnehmer
- Reise- und Hotelbuchungen für Referenten und Teilnehmer
- Betreuung der Referenten und Teilnehmer vor Ort
- Teilnehmerregistrierung
- Interaktives Abstimmungssystem
- Rahmenprogramm (Referentendinner etc.)
- Evaluierung der Veranstaltung
- Ausstellung von Teilnehmerzertifikaten

✘ Grafische Gestaltung der Veranstaltungsunterlagen

- Kreation und grafische Gestaltung von Visuals (Einladungen, Poster, Plakate, Anzeigen etc.)
- Abstract-Booklets/CD-ROMs
- Slide-Kits
- Teilnehmerzertifikate
- Symposiumsmappen
- Urkunden (im Rahmen von Preisverleihungen etc.)

✘ Moderation der Veranstaltung

✘ Schriftliche Aufbereitung der Veranstaltungsinhalte in deutscher und englischer Sprache

- Protokoll
- Symposiumsbericht
- Kongresszeitung

✘ Kommunikation und PR-Aktivitäten vor, während und nach der Veranstaltung

- Bewerbung der Veranstaltung auf lokaler, nationaler und/oder internationaler Ebene
- Presseausendungen auf lokaler, nationaler und/oder internationaler Ebene
- Pressekonferenzen/Pressegespräche
- Organisation von Einzelinterviews

Von Nestroy zur ethischen Finanzwirtschaft

KÜNSTLICHE ANSICHTEN EINES WISSENSCHAFTERS: TEIL 39

EIN ARTIKEL VON REINHARD RIEDL

Wer ist eigentlich schuld an der Schuldenkrise? Diese Frage wird oft gestellt und sehr unterschiedlich beantwortet. In Mode gekommen ist zuletzt eine historische Betrachtungsweise: Während die Banken vor einigen hundert Jahren auf eine Demokratisierung gesetzt hätten, um Ausfallrisiken bei Königen und Kaisern zu vermeiden, würden sie heute eine Entdemokratisierung anstreben und versuchen, die Herrschaft über die Nationalstaaten zu erringen.

Wahrscheinlich liegt darin ein großes Körnchen Wahrheit. Zugleich ist die Finanzwelt aber zu komplex, als dass man sie auf einen so einfachen Nenner bringen könnte. Gerade die spannenderen Analysen zur Schuldenkrise – wie jene von Stephan Schulmeister über den Konflikt zwischen Real- und Finanzkapitalismus – beinhalten viele implizite Ad-hoc-Thesen (à la „Steuerwettbewerb ist ein Übel“), die auf das Fiktive der Analysen hinweisen. Häufig kann man sich sogar des Verdachts nicht erwehren, dass es ganz stark um Personen geht. Und es ist noch ein Glück, wenn diese Forscher wie Hayek sind, über den wenigstens eine inhaltliche Diskussion möglich ist. Leider sind es in der Regel banale Schurken (oder Helden) der Seitenblickegesellschaft.

Da scheitert beispielsweise ein alter (böser) Banker-Topshot an einem jungen Betrüger, und die Kommentatoren ziehen daraus den Schluss, dass es an der Spitze jüngere Topshots bräuchte. Oder ein Hedgefonds-Pärchen wird von linken Journalisten in den Heiligenstand gehoben, weil ein alter (böser) Pfarrerssohn ihnen am Zeug flicken will. Als wär' die Welt ein Schweizer Nestroy-Couplet. Diese Geschichten haben, wenn es dumm läuft, leider ganz konkrete Konsequenzen. Sie sind so zufällig wie Teil der Finanzweltrealitäten. Oder anders formuliert: Die Finanzwelt ist so lustig, aber nicht so simpel.

Keine Lust zur Regulierung nicht

Die Politik hatte bislang wenig Lust, die Finanzmärkte vernünftig zu regulieren. Die einen verweigerten sich, weil der gute alte Klassenkampf gemütlicher ist. Die anderen, weil sie den Neoliberalismus verinnerlicht haben. Dritte, weil sie mit Topbankern verhabert sind. Und der große Rest, weil er nur eine konkrete Beziehung zum Geld hat, keine abstrakte, wie das für Regulierungen unerlässlich ist.

Auch ich muss Sie enttäuschen, falls Sie, geschätzte Leserinnen und Leser, von mir eine Finanzwirtschaftserklärung erwarten. Zwar beschäftigt sich ein Miniteam meiner Forschungsabteilung mit dem Thema „Umgang mit Regulierungsrisiken“, aber es tut das recht down-to-earth aus der Sicht von international tätigen KMUs und Konzernniederlassungen. Der Fokus liegt dabei auf Steuerrisiken. Das heißt auf der Frage, wie man die Wertschöpfung eines international tätigen Unternehmens den verschiedenen Ländern, in denen es tätig ist, so zuordnen kann, dass es möglichst wenig Steuern zahlt, ohne zu betrügen. Damit verbunden ist auch eine zweite Forschungsfrage: Wie kann man staatlicherseits jene Unternehmen schnell und einfach identifizieren, die die Steueroptimierung so arg

übertreiben, dass sie unzweifelhaft betrügen. Diese Fragen sind allerdings mehrere Schuhgrößen kleiner als die Regulierung der Finanzmärkte. Dafür haben wir genauso wenig einen Plan wie die Großpolitiker des europäischen Polit-Jetsets. Ich finde im Themenfeld Finanzwirtschaft eine andere Fragen viel interessanter: Wie kann das vielgeschmähte Banker-Business wieder ein geachtetes, auf Vertrauen basierendes Bankiersgeschäft werden?

Theorie und Unpraxis

Cum grano salis gilt: Die theoretische Grundidee von Investitionen ist es, Unternehmen eine wertschaffende Geschäftstätigkeit zu ermöglichen. Ist diese erfolgreich, wird der Investor belohnt. Ist sie erfolglos, riskiert er, sein investiertes Geld zu verlieren. Er trägt also das Risiko mit und bekommt dafür im Erfolgsfall einen Anteil am Gewinn. Das ist fair. Und es führt dazu, dass sich Investoren gut überlegen, wo sie investieren. Das Geld fließt also tendenziell vermehrt in erfolversprechende Unternehmen. Das ist überdies sinnvoll, weil es das wirtschaftliche Wachstum fördert.

Will man heutzutage Geld anlegen, sind solche Überlegungen aber selten ein Thema. Man wird nach seiner Risikobereitschaft gefragt und danach werden einem jene Produkte angeboten, die bei einem bestimmten Risiko maximalen Gewinn versprechen. Welche Folgen

das die Finanzwirtschaft fast zwangsläufig ins Straucheln. Wie man bei den amerikanischen Häusbesitzerkrediten beobachten konnte. Natürlich ist es nicht automatisch Moral-Hazard, wenn jemand glaubt, mehr zu wissen oder mehr von der Wirtschaft zu verstehen als andere, und sich deshalb überdurchschnittlich hohe Gewinne von seinen Investitionen erhofft. Es ist im Interesse von uns allen, dass kluge Investitionen belohnt werden. Aber es ist einfältig und ethisch bedenklich, wenn man Gewinne weit über dem realen Wirtschaftswachstum bei gleichzeitiger Risikonullierung anstrebt.

Neue Optionen durch Kundenorientierung

Es liegt mir allerdings fern, definieren zu wollen, was verantwortungsbewusstes Investieren heißt. Moralisch handeln mögen andere, du glückliche Wissenschaft denke! Meine These ist, dass ein beträchtlicher Prozentsatz der Investoren nicht nur Risiken minimieren und Gewinne maximieren will, sondern dabei auch noch das Gefühl haben möchte, ein guter Mensch zu sein. Bei all diesen Investoren bietet es sich an, ihnen ethische Finanzprodukte zu verkaufen, die Wert für die Gesellschaft schaffen. Seien es Produkte, die wirtschaftliche Innovationen ermöglichen. Seien es solche, die zu sozialem, politischem oder kulturellem Fortschritt führen, die Gerechtigkeit und Fairness fördern. Der Wert für die Gesellschaft, also für Dritte,

ist am Markt der Finanzprodukte ein echter Wert. Nicht für alle Kunden, aber für einige.

Gesellschaftlichen Wert schaffende Finanzprodukte könnten bewusst idealistisch ausgerichtet werden, ohne dass dabei eine marktfeindliche Ideologie verfolgt würde. Sie würden ganz im Gegenteil darauf setzen, dass den Kunden ein gutes Gefühl beim Investieren etwas wert ist. Dass sie für den gesellschaftlichen Nutzen auf einen Teil des erzielbaren Gewinns verzichten und gerade jene Angebote auswählen, die, von ihrer Warte aus gesehen, den größten Nutzen für die Welt bieten. Die Marketingstrategie könnte überdies ganz zeitgeistkompatibel auf die Kundencommunity setzen und davon profitieren, dass die Kunden aktiv Werbung für die Produkte machen. Könnte, würde, ... Denn es sagen zwar fast alle, dass sie solche Produkte im Portfolio haben, aber konsequent zu Ende gedacht und praktisch umgesetzt wurden diese Ideen bisher noch kaum. Zwar erfinden Harvard-Promis wie Michael Porter Konzepte für Mischlingsorganisationen, die halb Profit und halb Non-Profit sind. Aber in der Praxis findet man im Bereich der Finanzprodukte davon nur sehr wenige.

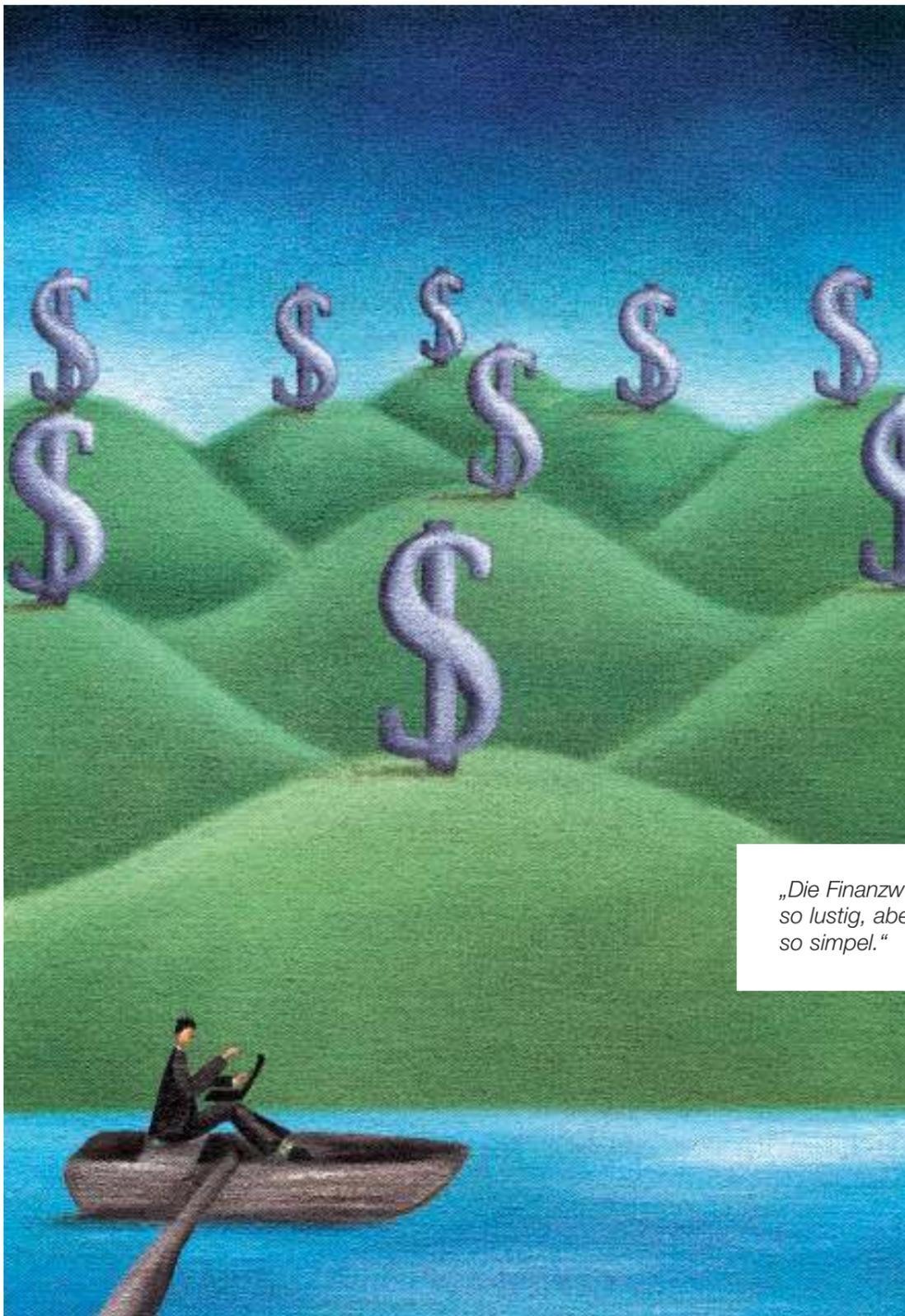
„Die Finanzwelt ist so lustig, aber nicht so simpel.“

Trotzdem bin ich überzeugt davon, dass man als Bank ziemlich viel Geld verdienen kann, wenn man den Kunden

statt Gewinnmaximierung ein gutes Gleichgewicht von Risiko, Gewinn und Wertstiftung für Dritte verkauft. Man deckt damit ein Kundenbedürfnis ab und kann sogar darauf verzichten, sich das Mäntelchen des uneigennütigen Wohltäters umzuhängen, das so wieso wenig glaubwürdig wirkt.

Zugegeben, ich bin in dieser Sache auch nicht uneigennützig: Die Frage, wie eine Bank echte Transparenz über die Wirkung ihrer Finanzprodukte schaffen kann, wür-

de gut in unser Forschungsportfolio passen. In diesem spielt Transparenz – von der virtuellen Identität bis zu Open-Government-Data – nämlich eine zentrale Rolle. Außerdem haben wir schon jetzt im Forschungsfeld Ethical Finance zwei Projekte: eines zu Gender-Finance und eines zu Islamic Banking. Doch über solche wissenschaftlichen Interessen hinaus bietet Ethical Finance viel volkswirtschaftlich relevantes Innovationspotenzial für Finanzdienstleister – gerade dann, wenn die Produkte so designt werden, dass sie von der jeweiligen Reputation des Finanzplatzes profitieren. In der Schweiz beispielsweise mit Bezug zum internationalen Roten Kreuz, in Österreich vielleicht kreativ und lustig mit Fokus auf Kunst und Kultur. So könnte sich die Finanzwirtschaft selbst Zukunftsoptionen schaffen, die allen nützen.



die Investitionen wirtschaftlich haben, wird kaum je besprochen. Bestenfalls wird einem ein Ökofonds verkauft, dem man es meist nicht ansehen würde, wenn er dieses Label nicht tragen würde. Denn die postmoderne Bank-Business-Logik ist: maximaler Gewinn bei minimalem Risiko. Ich nenne das Moral near Hazard (auch wenn eine gewisse Ähnlichkeit mit unseren Steuerminimierungsforschungen nicht zu leugnen ist).

Moral-Hazard ist immer dann gegeben, wenn eine Gewinnbeteiligung ohne Risikobeteiligung stattfindet. Wenn beispielsweise Banken Kredite verkaufen, um diese, zu komplizierten Produkten gebündelt, gleich wieder weiterzuverkaufen, und dabei ein erkleckliches Sümmchen einstreichen – so wie es in den USA geschah. Das ist eigentlich Moral-Hazard. Geschieht dieser in großem Stil, bringt

PERI GROUP

Einfach umfassend.

DIE BESTEN KÖPFE AUS EINER HAND.

- Ansprechpartner für alle Anliegen im Gesundheitssystem.
- Bestmögliche Nutzung von Synergien.
- Fachkompetenzen aus unterschiedlichsten Bereichen.

www.perigroup.at

Einfach umfassend. PERI Group. Die starke Vernetzung von PERI Consulting, PERI Human Relations, PERI Marketing & Sales Excellence mit ihren Partnern Update Europe und Welldone, Werbung und PR.

