

periskop

Nr. 61
Sept. 2014

HINTERGRÜNDE. INTERVIEWS. INFORMATIONEN.
Ein Rundblick durch die Bereiche Gesundheit, Gesellschaft und Politik.

»Ein neues Kapitel
einer Bilderbuchkarriere«
Interview mit Dr. Sabine Oberhauser,
Bundesministerin für Gesundheit

OBERSTER SANITÄTSRAT: FACHLICHER AUSTAUSCH
ÜBER DIE GRENZEN EUROPAS HINWEG
Die Vorsitzende des Obersten Sanitätsrats (OSR),
Prim. Univ.-Prof. Dr. Sylvia Schwarz, im Gespräch

»FRAUEN SIND ANDERS (GESUND)«
Der kleine große Unterschied:
Frauen werden anders (krank)
Dr. Univ.-Prof. Dr. med. univ. Alexandra Kautzky-Willer

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

erstmalig hat die PERI Group im Vorfeld der Alpbacher Gesundheitsgespräche die „Gipfelgespräche auf der alten Schafalm“ veranstaltet – mit vollem Erfolg! Lesen Sie mehr dazu auf den Seiten 8 bis 18. Dass es die alte Schafalm überhaupt gibt, verdanken wir Karin Duftner, Seniorchefin des beliebten Böglerhofs in Alpbach. In einem persönlichen Porträt dürfen wir Ihnen jene Frau vorstellen, die der alten Schafalm Seele eingehaucht und sie mit dem Geist der Denker belebt hat.

Der Sommer hat dem Land eine neue Gesundheitsministerin gebracht – die Ärztin, Gewerkschafterin und Netzwerkerin Dr. Sabine Oberhauser und ihre politischen Pläne präsentieren wir Ihnen in einem ausführlichen Interview. Dabei spricht sie auch über die weiteren Schritte im intra- und extramuralen Bereich, die zur Umsetzung der Gesundheitsreform notwendig sind.

Die Präsidentin des Obersten Sanitätsrats haben wir Ihnen in der Sonderausgabe Alpbach vorgestellt. Diesmal berichtet Univ.-Prof. Dr. Sylvia Schwarz, seit drei Monaten in dieser Funktion, über ihre ersten Eindrücke von der ehrenamtlichen Tätigkeit sowie ihre Erwartungen an die neue Gesundheitsministerin.

Der Frage, ob sich finanzielle Anreize auf das Gesundheitsverhalten auswirken, gingen die Sozialversicherung der

gewerblichen Wirtschaft (SVA) und die Johannes-Kepler-Universität nach. Die Ergebnisse einer aktuellen Studie wurden in einem eigenen Arbeitskreis in Alpbach präsentiert. In einer Rückblende auf die Gesundheitsgespräche in Alpbach interviewte das PERISKOP Dkfm. Dr. Claus Raidl, Vizepräsident des EFA, der seine Tätigkeiten rund um das EFA erläutert und eine Zwischenbilanz über die heurigen Gespräche zieht. Außerdem spricht er über seine Erwartungen an den neuen Finanzminister. Simon Mathis, ein erst 18-jähriger Physikstudent aus Bregenz, stellt uns in einem persönlichen Gespräch das Modell von Art of Hosting vor. Dabei handelt es sich um die Kunst der guten Gesprächsführung, die in den Break-out-Sessions der Alpbacher Gesundheitsgespräche angewandt wurde.

Die AUVA startete vor kurzem ihre Kampagne „Hände gut, alles gut“. Im Gespräch mit dem PERISKOP erklärt Dr. Martin Leixnering, Oberarzt am Lorenz-Böhler-Unfallkrankenhaus der AUVA, was die Medizin zur Prävention von Handverletzungen beitragen kann. Zudem macht er bewusst, was eine Handverletzung für den Alltag und das Leben bedeuten kann.

Aus den anatomischen, hormonellen und psychosozialen Unterschieden ergeben sich eine Reihe ganz spezieller Beschwerde- und Krankheitsbilder, die im la pura women's health resort kamptal frauenspezifisch analysiert und behandelt werden. Ein Artikel zum kleinen Unterschied erklärt die

wichtigsten Zusammenhänge frauenspezifischer Diagnostik und Therapie. Mit Alexandra Förderl-Schmid und Rainer Nowak stellen wir Ihnen in diesem PERISKOP gleich zwei der wichtigsten heimischen Medienvertreter vor, die ihre Sichtweise auf die Zukunft der Print- und Onlinemedien erklären.

Ein großartiger Erfolg war die Pöndorfer Country Charity Challenge 2014 – mit einem Gesamtspendenerlös von fast 72.000 Euro. Welche Projekte die vier begünstigten Organisationen nun damit umsetzen, erfahren Sie in Interviews mit Wilhelm Raber (Laura Gatner Haus, Diakonie Flüchtlingsdienst), Gabriela Gebhart (Stiftung Kindertraum), Walter Aichinger (OÖRK/ROKO) und Florian Dungal (Vienna Warriors).

Dass der Attergauer Kultursommer auch im Winter aktiv ist, beweist Intendantin Mechthild Bartolomey und berichtet über die Highlights rund um das Attergauer Neujahrskonzert am 5. Jänner. Literarisches findet sich diesmal von Franz Fischler und Wolfgang Lutz, deren Buch „Zukunft denken“ wir Ihnen vorstellen.

*Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre!
Bleiben Sie gesund! Ihre PERI Group*

WELLDONE Werbung und PR

Nicht nur im Hauptabendprogramm wird gecastet und werden die Besten ausgewählt. Auch in der Werbung gibt es für einige Medien die große Chance und die Werbemittel liefern sich einen Battle. Nettoreichweiten, 1000er-Kontaktpreise, klassische oder dialogfähige Medien? Welche wähle ich warum und wie wähle ich sie aus? Wie nähert man sich dem Thema Werbeziel und worauf ist zu achten? Und ist die gute alte Anzeige noch in der Liveshow oder hat sie bereits ausgedient? Lesen Sie mehr dazu auf Seite 43.

PERI Consulting

Die Gipfelgespräche auf der alten Schafalm haben sich als äußerst erfolgreich erwiesen: Auch unter teilweise widrigen Wetterbedingungen hat sie sich als Ort des offenen Austausches und der produktiven Diskussion etabliert. Wesentliche aktuelle Themen der Gesundheitspolitik, von der Primärversorgung bis hin zu Hygienefragen, wurden eingehend mit österreichischen und internationalen Experten diskutiert, konkrete Folgemaßnahmen wurden vereinbart. Die Gipfelgespräche auf der alten Schafalm werden auch in Zukunft wesentliche Impulse setzen!

PERI Business Development

Frauen haben andere gesundheitliche Risiken, andere Krankheitssymptome und sind anders gesund. Die Diagnostik und die daraus resultierenden Behandlungspfade frauenspezifischer Erkrankungen basieren im la pura women's health resort kamptal auf den aktuellsten universitären Erkenntnissen der Gynäkologie und der Frauenmedizin. Mit speziellem Fokus auf die Merkmale der weiblichen Anatomie, Biologie und Physiologie steht die Frauengesundheit im „la pura Wirkungskreis“ als ein zentrales Element medizinischer Interaktion.

PERI Human Relations

Es ist von hoher Bedeutung, die Menschen darüber zu informieren, wie sie gezielt Vorsorge betreiben können. In diesem Sinne ist die Aufklärungskampagne der AUVA „Hände gut, alles gut“ maßgeblich, da sowohl in der Freizeit als auch im Berufsleben oftmals zu sorglos mit den Händen umgegangen wird. Die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse müssen so aufbereitet und kommuniziert werden, dass die Menschen ihr Wissen vermehren und hinsichtlich des gegebenen Themas ein gutes und gesundes Leben führen können.

PERI Change

Gesundheitsökonomische Fragestellungen betreffen uns jetzt schon in allen Lebenslagen – beruflich und privat – und ihre Bedeutung wird aufgrund des Kostendrucks und der vermehrt geforderten Transparenz weiter steigen. Die Medizinische Universität Wien hat das erkannt und einen Lehrstuhl geschaffen, auch wir werden in Zukunft vermehrt darüber berichten. Gesundheitsökonomie ist komplex und letztlich sind gut gemachte gesundheitsökonomische Analysen wissenschaftlich fundierte Vereinfachungen, die uns helfen, die Wahrheit besser zu verstehen.

UPDATE Europe

Ein Eckpfeiler von gesundheitsökonomischen Evaluationen ist ein guter Kenntnisstand zur Krankheitslast (Burden of Disease). Die Herausforderung in diesem Gebiet ist die sachkundige Identifikation und Integration von solider wissenschaftlicher Evidenz, Routinestatistiken, Benchmarks aus der Praxis und plausiblen Experteninterpretationen. Zahlen ohne Expertenwissen haben wenig Wert, daher ist nur so eine Annäherung an die tatsächliche Krankheitslast und ihre Bedeutung für das Gesundheitswesen möglich.

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. 01/402 13 41-0, 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: Mag. Hanns Kratzer, alleinvertretungsberechtigt. Anteilseigner:

Gesellschafter: Mag. Hanns Kratzer, Anteil: 25,00%; Firma BJK & R Privatstiftung, Anteil: 75,00%. **Autoren:** Martina Dick (Redaktionsleitung), Claudia Bandarra, Nina Bennett, Birgit Bernhard, Dietmar Pichler, Karin Schneck; **Art-Direktion:** Dieter Lebesch; **Grafik:** Sonja Huber, Stefanie Dippelreiter; Gregor Schabsky-Wernert; **Fotos:** Cremer (2), Diakonie Flüchtlingsdienst (2), GALILA Verlag (1), Hetfleisch (4), Humer (1), Kurier (2), Lackner (35), la pura (2), Matern (1), Meister (1), NÖ Landeskliniken Holding (1),

Ossimitz (1), Pichler (40), Privat (3), Schiffl (17), SVA (4), Terry (1), Unique (3), WKO (1), Privat (3); **Lektorat:** Uschi Sorz, **Druck:** Paul Gerin GmbH & Co KG; **Auflage:** 3.650; **Erscheinungsweise:** viermal jährlich; **Einzelpreis:** Euro 8,50. 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.



Seite 8 bis 18:

»Gipfelgespräche auf der alten Schafalm Alpbach 2014«

Berichte zu den Gesprächs- und Diskussionsrunden der PERI Group zu Burn-out, Hausarzt, Hygiene, Niere, Patientensicherheit, PHC-Konzept etc. etc.



Seite 38:

»Europa eine Stimme geben!«

Interview mit Dkfm. Dr. Claus J. Raidl
Vizepräsident Europäisches Forum Alpbach (EFA)



Seite 40:

»Gemeinsam sind wir stark«

Pöndorfer Country Charity Challenge 2014 –
Die Verwendung der Spendengelder

inhalt

Editorial.....	2
Impressum.....	3
Coverstory-Interview mit Dr. Sabine Oberhauser, Bundesministerin für Gesundheit.....	4
Interview mit Prim Univ.-Prof. Dr. Sylvia Schwarz, Präsidentin Oberster Sanitätsrat.....	7
Gipfelgespräche auf der alten Schafalm ALPBACH 2014 Special	
PERI Group Open Alm.....	8
ÖGN: Früherkennung von Herz-Kreislaufund Nierenerkrankungen rettet Leben.....	10
Burn-out: wenn Leben krank macht!.....	12
ÖGAM: Haus- und Familienmedizin im PHC-Konzept – Wo geht die Reise hin?.....	14
ÖGKH: Hygiene – Die Zeit läuft uns davon.....	16
Ergebnisse Alpbacher Gesundheitsgespräche / Interview Simon Mathis, Physiker und Co-Moderator.....	19
Arbeitskreis SVA: Finanzielle Anreize wirken sich aufs Gesundheitsverhalten aus.....	20
Der Weg ist das Ziel – Interview mit Karin Duftner zur alten Schafalm in Alpbach.....	22
Interview mit Dr. Alexandra Förderl-Schmid, Der Standard.....	24
NÖ Landeskliniken Holding: Ärztinnen und Ärzte für Niederösterreich.....	26
Interview mit Rainer Nowak, Die Presse.....	28
Hände gut, alles gut! Interview mit Dr. Martin Leixnering, AUVA.....	30
Interview mit Mag. Mechthild Bartolomey.....	32
Buchrezension: Zukunft denken.....	33
Frauen sind anders (gesund) – la pura women's health resort kamptal.....	34
Interview mit Dkfm. Dr. Caus J. Raidl, Vizepräsident des Europäischen Forum Alpbach.....	38
Pöndorfer Country Charity Challenge 2014 : „Gemeinsam sind wir stark“.....	40
Künstliche Ansichten eines Wissenschaftlers: Public Value.....	42
Welldone Essentials: Werbung, PR und Media.....	43



Seite 22:

»Der Weg ist das Ziel«

Interview mit Karin Duftner zur alten Schafalm in Alpbach

29. Oktober 2014
Welldone Lounge 45
Goldener Oktober
 in den Sofiensälen
 Mit Dr. Sabine Oberhauser,
 Bundesministerin für Gesundheit



DR. SABINE OBERHAUSER
Bundesministerin für Gesundheit

Ein neues Kapitel einer Bilderbuchkarriere

Seit 1. September 2014 ist die Wienerin Dr. Sabine Oberhauser neue Gesundheitsministerin. Die Ärztin, Gewerkschafterin, Netzwerkerin und jetzt auch Ministerin erzählt im PERISKOP-Interview über ihre Pläne und Vorhaben.

P: Seit erstem September dieses Jahres sind Sie Bundesministerin für Gesundheit und stehen nun an der politischen Spitze in diesem Bereich. War dies immer ein erklärtes Ziel in Ihrer beruflichen Laufbahn?

Oberhauser: Nein. Als ich zur Gewerkschaft gegangen bin, war es mein wichtigstes Anliegen, gute Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte zu schaffen. Durch mein Engagement in der Gewerkschaft bin ich aber immer stärker auch mit der Gesundheitspolitik in Kontakt gekommen. Nachdem ich gemerkt habe, dass mich das Thema eigentlich auch sehr interessiert, habe ich mir zum Ziel gesetzt, Gesundheitssprecherin im SPÖ-Parlamentsklub zu werden. Aber Gesundheitsministerin zu sein hatte ich nie geplant. Ich wurde zwar immer wieder einmal gefragt, ob ich mir das vorstellen könne, aber es war nie wirklich mein erklärtes Ziel. Umso größer ist natürlich jetzt die Freude darüber.

P: Sie sind promovierte Ärztin, waren Oberärztin an der Wiener Rudolfstiftung und hatten auch zahlreiche politische Funktionen inne. Wie möchten Sie diese Erfahrungen in Ihre neue Position einbinden?

Oberhauser: Als Mitglied des Berufsstandes der Ärztinnen und Ärzte weiß ich natürlich, wo in der täglichen Arbeit der Schuh drückt. Diese Erfahrung möchte ich konkret in die Formulierung und Umsetzung meiner po-

litischen Ziele einfließen lassen. So zum Beispiel beim Thema Zeit. Als Ärztin weiß man, dass sich die Patientinnen und Patienten Zeit vom Arzt bzw. von der Ärztin wünschen und vice versa. Eines meiner primären Anliegen als Ministerin ist es also, diesen Zeitfaktor verstärkt zu berücksichtigen und in diesem Bereich Verbesserungen umzusetzen – ein Ziel, das sich direkt aus meiner beruflichen Erfahrung als Ärztin speist.

P: „Das Rauchen tötet mehr Europäer als jeder andere vermeidbare Faktor. Prävention wäre möglich, aber es fehlt der politische Wille“, titelte das britische Fachblatt „The Lancet“ 2013. Ihr Vorgänger Dr. Alois Stöger beklagte immer wieder eine fehlende Mehrheit für die völlige Durchsetzung eines konsequenten Nichtraucherschutzes innerhalb der Koalition. Wie möchten Sie das Thema politisch aufrollen?

Oberhauser: Ganz einfach: Wir haben eine Verantwortung für die Menschen, die in der Gastwirtschaft arbeiten. Wenn ich eine Zigarette rauche, rauchen die Kellner und Kellnerinnen passiv zehn Zigaretten mit. Auch wenn man ins europäische Umland schaut, wird klar, dass der österreichische Weg ein Ablaufdatum hat.

P: In einem Ihrer ersten Statements haben Sie bereits angekündigt, dass Sie die Thematik der aktuellen Nichtraucherregelung in der Gastronomie angehen möchten. Wann werden Sie erste Gespräche dazu aufnehmen?

Oberhauser: Möglichst bald. Wir werden mit dem Wirtschaftsminister und der Wirtschaftskammer verhandeln. Ich möchte im Gesetzesentwurf, den wir 2015 vorlegen, bereits ein konkretes Datum fixieren. Je schneller das Rauchverbot für geschlossene Lokale kommt, desto besser.

P: Welche politischen Ziele haben Sie sich neben der strengeren Regelung der Nichtraucherverordnung noch gesetzt?

Oberhauser: Ich habe mir drei Hauptziele gesetzt. Das erste ist, dass unser solidarisch finanziertes Gesundheitssystem erhalten bleibt. Niemand darf daran rütteln, dass die Gesunden für die Kranken bezahlen. Es kann nicht sein, dass bei uns jemals – wie beispielsweise in den USA – die Kreditkarte darüber entscheidet, ob ich eine Behandlung bekomme und welche. Ich bin selbst Kinderärztin. Wenn Kinder auf die Welt kommen, sind sie gesund. Und dann muss man schauen, dass man sie zu gesunden Erwachsenen macht – das ist mein zweites Ziel. Dabei meine ich aber nicht den erhobenen Zeigefinger nach dem Motto „Du sollst nicht“ oder „Du darfst nicht“, sondern die Verhältnisse müssen so sein, dass die Kinder gut und gesund aufwachsen können und es Möglichkeiten für gesunde Ernährung, viel Bewegung etc. gibt.

Mein drittes Ziel ist mehr Zeit für Patientinnen und Patienten und auch für Ärztinnen und Ärzte. Ich möchte das System so umgestalten, dass beide Gruppen zu ihrem Recht kommen und zufrieden sind – die einen mit dem Beruf, in dem sie arbeiten, und die anderen mit dem Arzt oder der Ärztin, zu dem bzw. zu der sie hingehen können.

„Besonders zentral für mich als ehemalige Kinderärztin ist aber natürlich die Stärkung der Kindergesundheit, also – wie bereits erwähnt – gesunde Kinder zu gesunden Erwachsenen zu machen.“

P: Immer mehr junge Ärzte, die ihr Studium in Österreich abgeschlossen haben, wandern ins Ausland ab. Die Facebook-Petition „Wir sind dann mal weg“ forderte u. a. eine gesetzlich geregelte Aufwandsentschädigung von 650 Euro pro Monat. Wie gehen Sie mit dieser Forderung um? Möchten Sie weitere Maßnahmen in diesem Bereich setzen?

Oberhauser: Die Forderung der Bezahlung von Praktika ist ein wichtiges und brandaktuelles Thema. Es wäre natürlich höchst wünschenswert, eine finanzielle Aufwandsentschädigung für die im Medizinstudium geleisteten Praktika anbieten zu können. Da diese Forderung die Universitäten und deren Kooperationspartner, also die Krankenhausträger, angeht, kann ich hier im Sinne der Betroffenen nur an die Zuständigen appellieren, die Möglichkeit einer Aufwandsentschädigung eingehend zu prüfen und gegebenenfalls umzusetzen. ▶



Facebook-Profil, wo Sie auch konkrete politische Absichten formulieren. Welche Möglichkeiten sehen Sie in der Kommunikation Ihrer politischen Ziele durch soziale Medien, innovative Medien und Plattformen?

Oberhauser: Die neuen sozialen Medien bieten meiner Meinung nach den Vorteil, dass Botschaften sehr schnell transportiert und einer größeren Gruppe von Menschen zugänglich gemacht werden können. Der Schneeballeffekt, also das Teilen und Weiterteilen, ist dabei natürlich sehr nützlich. In unserer schnelllebigen Zeit kann man durch die direkte Vermittlung von Botschaften über soziale Netzwerke dazu beitragen, die Bedeutungshöhe über das Gesagte zu behalten. Oft findet man die eigenen Aussagen ja verzerrt in den Medien wieder – was nicht einmal beabsichtigt sein muss – oder es werden bewusst Falschmeldungen von unseriösen Quellen verbreitet. Mit meinem Facebook-Account möchte ich hier ein

bisschen gegensteuern und zur Aufklärung oder, wenn nötig, zur Schadensbegrenzung beitragen.

Was ich aber beim Thema neue soziale Medien auch nicht unter den Tisch fallen lassen will, ist, dass ich Facebook natürlich auch privat verwende, um sowohl den Kontakt zur Bevölkerung als auch zu meinen langjährigen Freundinnen und Freunden zu pflegen.

P: Vor welchen weiteren Herausforderungen steht das österreichische Gesundheitssystem? Ziehen Sie dabei auch Vergleiche mit anderen Ländern?

Oberhauser: Die Herausforderung ist, das System fit für die Anforderungen der Zukunft zu halten – wie beispielsweise die demografische Entwicklung der Bevölkerung oder die Zunahme an chronischen Erkrankungen. Wir haben in Österreich ein sehr gutes Gesundheitssystem mit tadellosem Zugang zu medizinischen Leistungen – dennoch verbringen die Österreicherinnen und Österreicher im internationalen Vergleich weniger Lebensjahre in guter Gesundheit als anderswo. Hier müssen wir durch verstärkte Gesundheitsförderung und Prävention ansetzen. Mit dem Beschluss der nationalen Rahmengesundheitsziele bekennt sich auch die Bundesregierung zu einer verstärkten, alle Politikbereiche umfassenden Priorisierung von Gesundheitsförderung und Prävention.

P: Stichwort Gendermedizin ...

Oberhauser: Die Förderung der Gendermedizin ist mir ein wichtiges Anliegen. Bekannt sind etwa die Symptomunterschiede bei einem Herzinfarkt: Während Männer über Druckschmerzen in der Brust klagen, konnte bei Frauen festgestellt werden, dass diese über Schmerzen im Kiefer, im Rücken oder im Bauchraum berichten. Dadurch wird ein Herzinfarkt bei ihnen sehr leicht übersehen. Das Risiko, an einem Herzinfarkt zu sterben, ist somit für Frauen höher als für Männer. Die notwendigen Behandlungsunterschiede zwischen Frau und Mann müssen also genau erforscht werden, um genderspezifische Behandlungsmethoden in die moderne Medizin einfließen zu lassen. ■



P: Das Gesundheitswesen ist durch die Strukturreform im Wandel. Welchen Handlungsbedarf sehen Sie im intra- und extramuralen Bereich, um die Reform tiefgreifend umzusetzen?

Oberhauser: In der Gesundheitsreform forcieren wir den Ausbau der Primärversorgung als umfassende erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen. Das ist ein zentraler Punkt, denn dadurch soll der niedergelassene Bereich gestärkt werden – und das ist die Grundlage für eine Entlastung der Ambulanzen. Hier müssen nun die Pilotprojekte starten. Für den Spitalsbereich haben wir uns auf den Ausbau der tagesklinischen Leistungen verständigt, und das greift auch bereits. Diesen Weg müssen wir weitergehen und so Strukturveränderungen schaffen.

P: Die Einführung von ELGA wurde u. a. von der Ärztekammer und von Datenschutzexperten wegen fehlenden Schutzes der Gesundheitsdaten kritisiert. Der offizielle Start wurde auf 2015 verschoben. Welche Möglichkeiten sehen Sie für die Verwendung von ELGA in der täglichen Praxis? Sehen Sie auch Verbesserungsbedarf?

Oberhauser: ELGA ist ein Projekt, das nur Sinn macht, wenn es sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Ärztinnen und Ärzte einen Nutzen bringt. Deshalb möchte ich es etwas langsamer angehen. Von Beginn an habe ich versucht, etwas Druck herauszunehmen. Besonders wichtig ist mir auch die größtmögliche Datensicherheit. Notwendig ist zudem eine gute Vorabinformation der Patientinnen und Patienten. Viele wissen nicht, was ELGA eigentlich ist. Nicht zuletzt aufgrund der großen Widerstände, die seitens mancher Ärztinnen und Ärzte vorhanden waren, kam es hier in der Vergangenheit zu Falschinformationen. Eine andere Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung von ELGA ist es deshalb auch, dass die Ärztinnen und Ärzte den Benefit des Systems sehen. Dessen Usability muss so hoch sein, dass die Ärztinnen und Ärzte konkret etwas davon haben, wenn sie ELGA einsetzen.

P: Welche Schwerpunkte möchten Sie im Bereich Prävention setzen? Was möchten Sie stärken?

Oberhauser: Einen Schwerpunkt möchte ich bei der betrieblichen Gesundheitsförderung, die mir persönlich sehr wichtig ist, setzen. Der FGÖ (Fonds Gesundes Öster-

reich) fördert und unterstützt beispielsweise Betriebe, die etwas für die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tun wollen. Dieses Modell möchte ich forcieren und ausbauen. Besonders zentral für mich als ehemalige Kinderärztin ist aber natürlich die Stärkung der Kindergesundheit, also – wie bereits erwähnt – gesunde Kinder zu gesunden Erwachsenen zu machen.

P: Die Stärkung der Kindergesundheit ist ein zentrales Thema im Gesundheitswesen. Ein aktiver Lebensstil mit ausreichend Bewegung und gesunder Ernährung ist ein wesentliches Element zur Vorbeugung von chronischen Erkrankungen. Sie sind Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde. Welche Initiativen möchten Sie in diesem Bereich stärken?

P: In Österreich herrscht ein signifikanter Mangel an kindgerechten Rehabilitationsbetten für Kinder und Jugendliche, die eine intensive Therapie bei gesundheitlichen Problemen benötigen. Eine wirklich umfassende rehabilitative Betreuung mit pädagogischer und psychologischer Begleitung gibt es österreichweit leider noch nicht. Die geplante Neuregelung der Selbstbehaltkosten bei der Kinderrehabilitation der SVA ist ein Schritt in die positive Richtung. Welche weiteren Maßnahmen stehen für Sie zentral zur Lösung dieser Problematik?

Oberhauser: Derzeit werden Kinder zwar gut mitversorgt, erhalten aber nicht immer die notwendigen Begleitmaßnahmen während der Rehab, wie beispielsweise Unterricht, Spielmöglichkeiten usw. Auch muss

BioBox:

Dr. Sabine Oberhauser wurde am 30. August 1963 in Wien geboren. Sie ist mit dem Radiologen Dr. Gerold Oberhauser verheiratet und hat zwei erwachsene Töchter. Sie ist Allgemeinmedizinerin und auf Neonatologie spezialisierte Kinderärztin, außerdem hat sie eine Ausbildung zur Krankenhausmanagerin. Oberhauser engagierte sich schon früh in der Gewerkschaft. Sie war ab 1988 Personalvertreterin. Schließlich war sie die erste Ärztin, die sich nur der Vertretung der Interessen der angestellten Ärzte widmete. Seit 2006 fungiert sie als Nationalratsabgeordnete. Zuletzt war sie Gesundheits- und Sozialsprecherin der SPÖ. 2009 wurde die Ärztin zur Vizepräsidentin des Österreichischen Gewerkschaftsbunds (ÖGB) gewählt, seit 2013 ist sie auch ÖGB-Frauenvorsitzende. Beide Funktionen legt sie als Ministerin zurück.

Oberhauser: Wir haben mit dem Mutter-Kind-Pass ein wichtiges Instrument der Früherkennung. Diese Arbeit möchte ich fortführen. Wichtig ist darüber hinaus die Vorbildwirkung, die jeder und jede ausüben kann. Wie schon gesagt, müssen die Verhältnisse dafür geschaffen werden, dass gesundheitsförderndes Verhalten, also der erwähnte aktive Lebensstil mit ausreichend Bewegung und gesunder Ernährung, für die Kinder und Eltern auch möglich ist.

es möglich sein, Familienmitglieder in die Rehab zu integrieren und ihnen bei Bedarf ebenfalls ein Bett im Rehab-Zentrum anzubieten. Länder und Sozialversicherung haben sich im Sommer auf eine einheitliche Vorgangsweise zum Ausbau und dessen Finanzierung geeinigt.

P: Sie stehen als neue Ministerin im Fokus der Öffentlichkeit, auf der Webpage des BMG findet sich der Link zu Ihrem persönlichen

Oberster Sanitätsrat: Fachlicher Austausch über die Grenzen Europas hinweg



Seit drei Monaten ist Univ.-Prof. Dr. Sylvia Schwarz Präsidentin des Obersten Sanitätsrats (OSR) und damit die erste Frau an der Spitze dieses Gremiums, das in Österreich im Bundesministerium für Gesundheit angesiedelt ist. Im PERISKOP-Interview spricht sie über ihre ersten Impressionen und Aktivitäten als Präsidentin des OSR, über ihre Erwartungen an Sabine Oberhauser als neue Bundesministerin für Gesundheit sowie über ihre Meinung zur Sinnhaftigkeit einer Frauenquote im OSR.

Von Mag. Nina Bennett, MA

P: Sie sind seit knapp drei Monaten im Amt als Präsidentin des OSR. Können Sie uns bitte Ihre ersten Eindrücke von Ihrer Amtsperiode geben. Welche Ziele haben Sie für 2015 definiert?

Schwarz: Wir befinden uns jetzt in einer Phase, in der die Aktivitäten im Ministerium abgetastet werden. Zugleich wird es vermutlich durch den Ministerwechsel Änderungen geben, die Auswirkungen auf den OSR haben werden. Was im österreichischen Gesundheitsministerium geleistet wird, beeindruckt mich zutiefst. Zudem habe ich bereits einige Termine mit den Mitgliedern des OSR wahrgenommen, weitere fixiert und besprochen, welche Themen und Aktivitäten wir im Herbst auf die Tagesordnung setzen wollen. Wichtige Angelegenheiten sind beispielsweise die Überarbeitung des Mutter-Kind-Passes, ein Curriculum zur Zusammenlegung von Unfallchirurgie und -orthopädie sowie die Modernisierung des Geschlechtskrankheitengesetzes.

P: Welche Rolle spielt es im OSR und für Sie persönlich, dass Sie die erste weibliche Vorsitzende des Obersten Sanitätsrats sind?

Schwarz: Also wenn es um die Frauendiskussion geht, bin ich eher ein ungeeignetes „Objekt“, denn ich bin davon überzeugt, dass es immer eine Frage der Qualifikation ist. Ich habe einen sehr

hohen Respekt vor meinen Vorgängern. Das war ein absolut kompetentes Gremium und ich hoffe, dass ich den Anforderungen durch den Umbau des gesamten OSR-Apparats gerecht werden kann. Hier existiert enormes Potenzial, das unbedingt adäquat genutzt werden muss.

P: Sabine Oberhauser wurde vor kurzem neue Gesundheitsministerin. Im Gegensatz zu ihrem Vorgänger ist sie ausgebildete Ärztin. Was sind Ihre Erwartungen an sie?

Schwarz: Für mich ist es eine ganz große Freude, dass Sabine Oberhauser Gesundheitsministerin ist. Zudem finde ich es hervorragend, dass sie von Beruf Ärztin ist – wobei das absolut keine Abwertung des Vorgängers sein soll. Alois Stöger hat sehr gut gearbeitet und weitreichende Kompetenzen gehabt. Diese Position jetzt aber mit einem Arzt zu besetzen ist für mich ein positives Signal an die Bevölkerung. Das Drängen der nichtärztlichen Berufe in den medizinischen Bereich halte ich für eine Entwicklung, die man dosiert unterstützen kann, jedoch genau im Auge behalten muss. Ich denke schon, dass man in der Versorgungskette auch andere Gesundheitsberufe benötigt, das alles jedoch unter der Hauptverantwortung des Arztes.

„Was im österreichischen Gesundheitsministerium geleistet wird, beeindruckt mich zutiefst.“

P: Welche Rolle spielt es aus Ihrer Sicht, dass Sabine Oberhauser Kinderärztin ist? Wird sich dadurch in der Pädiatrie etwas Wesentliches verändern?

Schwarz: Ich glaube, dass das Kinderthema in der Medizin bereits jetzt sehr hoch angesiedelt ist, aber wenn es das Spezialthema eines Ministers ist, dann ist es noch eine Profession höher. Ich halte es für wesentlich, dass in der Pädiatrie etwas vorangeht. Denn beispielsweise mit der neonatologischen Versorgung müssen wir gut aufrüsten, da die Zahl der Frühgeburten mit den Kinderwunschprogrammen ansteigt. Bei frühgeborenen Kindern, die ins Jugendalter eintreten, werden erst viele darin begründete Probleme sichtbar. Daher muss hier dringend Abhilfe geschaffen werden.

P: Wie stehen Sie zum Thema „generelles Rauchverbot“ in Österreichs Lokalen? Werden wir hier zukünftig etwas weiterbringen?

Schwarz: Ich bin ein guter Partner in diesem Vorhaben, aber nicht so strikt, denn ich bin in Sorge, dass unser ganzes Land durch die zahlreichen Verbote sehr in die Enge gedrängt wird. Das Geheimnis der Veränderung in der Gesellschaft liegt darin, dass die Menschen rücksichtsvoller miteinander umgehen. Das können wir keinesfalls nur durch Gesetze schaffen. In nordischen Ländern wird das anders gehandhabt, da wird vermehrt an den Anstand der Bürger und ihren Respekt vor anderen Menschen appelliert. Aus diesem Grund funktionieren viele Vorhaben dort besser.

P: Mit der Novelle der rechtlichen Grundlage „betreffend die Organisation des öffentlichen Sanitätsdienstes“ wurde für den OSR eine Frauenquote von mindestens 40 Prozent seiner Mitglieder festgeschrieben. Muss es dazu einen Erlass geben?

Schwarz: Ich denke, dass höhere Frauenquoten generell Prozesse sind, die sich im Laufe der Zeit auf ganz natürlichem Wege



ergeben. Sieht man sich das OSR-Gremium an, sind die weiblichen Mitglieder äußerst fachkundige Damen. Auch der Frauenanteil in der Medizin wird immer höher. Darum denke ich nicht, dass es dazu einen Erlass geben müsste. Ich schätze es sehr, dass die Mitglieder des OSR teilweise europaweit verteilt arbeiten und sich trotz der Entfernung regelmäßig fachlich austauschen. Viele Mitglieder haben mehrere Berührungspunkte abseits der halbjährlichen Samstagssitzungen und arbeiten fachübergreifend zusammen. Zudem ist es für mich eine ganz besondere Freude, für dieses Gremium tätig zu sein, da ich nicht annehme, dass es in jedem Land vergleichbare Gremien gibt, die den Wohlfahrtsstaat in seinen Agenden unterstützen. ■

BioBox:

Univ.-Prof. Dr. Sylvia Schwarz ist in Wien geboren und promovierte 1971 an der Medizinischen Universität Wien. 1977 beendete sie ihre Facharztausbildung für Anästhesiologie und Intensivmedizin, seit 1985 lehrt sie auf diesem Gebiet. Im Krankenhaus Hietzing steht sie der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin vor. 1990 wurde Schwarz der Titel der Außerordentlichen Universitätsprofessorin verliehen. Im Jahr 2010 erfolgte die Ernennung zur interimistischen ärztlichen Direktorin des Krankenhauses Nord. Durch ihre zahlreichen Forschungsaufenthalte in den Niederlanden und den USA bringt Schwarz auch internationale Erfahrung mit.

Politik und Wirtschaft im Zeichen des Schafes

Namhafte Experten und Entscheidungsträger aus Österreichs Gesundheitswesen folgten am 15. August dieses Jahres der Einladung der PERI Group zur „Open Alm“ auf die alte Schafalm des Böglerhofs in Alpbach. Der Abend eröffnete die „Gipfelgespräche auf der alten Schafalm“ der PERI Group, die vom 16. bis 17. August abgehalten wurden. Die Keynote-Speech gab Martin Schaffenrath, stv. Vorsitzender des Verbandsvorstands im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Im ländlichen Ambiente begrüßten Hanns Kratzer und Marcus Müllner (PERI Group) zahlreiche Experten und Entscheidungsträger zur „Open Alm“. Die Auftaktveranstaltung der PERI Group zu den „Gipfelgesprächen auf der alten Schafalm“ führte die Gäste in die Thematik der aktuellen gesundheitspolitischen Herausforderungen ein. Mit dabei waren unter anderem (in alphabetischer Reihenfolge): Harald Bichler (Lundbeck), Reinhold Glehr (ÖGAM), Andreas Greslehner (AUVA), Eva Hötl (Gesundheitszentrum Erste Bank), Burkhard Huber (Rehazentrum Bad Häring – AUVA), Stephan Klemm (Abbott GmbH), Manfred Maier (MedUni Wien), Monika Peretz (Update Europe), Christiane Prager (Stadt Wien – MA 3), Erich Pohanka (AKH Linz), Otto Postl (GÖG), Alexander Rosenkranz (Österreichische Gesellschaft für Nephrologie), Hannes Salzburger (Merck Sharp & Dohme), Martin Schaffenrath (Hauptverband), Klaus Schuster (NÖGUS), Stefan Schneeberger (MedUni Innsbruck), Antonius Schneider (TU München), Albert Tuchmann (Österreichische Gesellschaft für Chirurgie) und Bernhard Zinner (Gambro-Baxter Renal).

Schaffenrath: Gesundheitsreform maßgeblich vorantreiben

Martin Schaffenrath zeigte sich überzeugt, dass die Gesundheitsreform auf einem sehr guten Weg sei. Die Vorteile für die Patienten würden deutlich auf der Hand liegen: klare Ansprechpersonen entlang der Behandlungspfade, bessere Betreuungsangebote, transparente Qualität, Chancengleichheit, Einbindung der Bevölkerung,

die Nachhaltigkeit des Systems und mehr Gesundheitsorientierung. Die Angleichung der Landeszielsteuerungsverträge an den Bundeszielsteuerungsvertrag sei eine große Herausforderung gewesen, die durch den starken Willen aller zur Kooperation erreicht worden ist. Wichtig war es Schaffenrath auch zu betonen, dass sich die Zusammenarbeit mit der Ärztekammer gut entwickelt. Der Hausarzt müsse – vor allem in ländlichen Gebieten – in seiner Position nicht nur erhalten, sondern gestärkt werden. Die koordinierte Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe mit dem Hausarzt als Teamleiter solle rasch koordiniert werden.

Think global, eat local

Um den Abend auf der Schafalm für die Teilnehmer auch kulinarisch geschmackvoll zu gestalten, wurden typisch österreichische Gerichte wie Brettljause, Gulasch und Marillenknödel serviert. Das Schaf als Symbol der Gipfelgespräche war in Form von lebensgroßen Plastiken vertreten und sorgte für eine optische Untermalung der Kulisse.

Gesundheit & Politik. Gipfeltreffen auf der Schafalm: neue Denkwerkstatt für Gesundheits- und Sozialwesen

Im Rahmen der von der PERI Group veranstalteten Workshops, Hintergrundgespräche und Expertendiskussionen wurden in gewohnter Weise Positionen präsentiert, Zusammenhänge hergestellt, Meinungen geteilt, Ideen entwickelt und Lösungen ermöglicht. Ein offener, konkreter Austausch und die gemeinsame Entwicklung neuartiger Ansätze standen dabei im Vordergrund. „Die Kombination aus informeller Zurückgezogenheit im ‚Tal der Denker‘ bei gleichzeitig vorhandener hochwertiger Infrastruktur für Diskussionen und Workshops wird es erlauben, im Rahmen der Gipfelgespräche auf der Schafalm auch klare inhaltliche Fortschritte zu erarbeiten“, so Hanns Kratzer von der PERI Group. ■

PERI GROUP

Die fünf Gipfelgespräche auf der alten Schafalm:

Nieren- und Lebererkrankungen, Präventionsprogramm chronische Erkrankungen – Fokus Niere, Burn-out & seelische Gesundheit, Haus- und Familienmedizin im PHC-Konzept: Wo geht die Reise hin? und Hygiene und Patientensicherheit

Weitere Informationen: www.schafalm-gesundheit.at

OPEN ALM

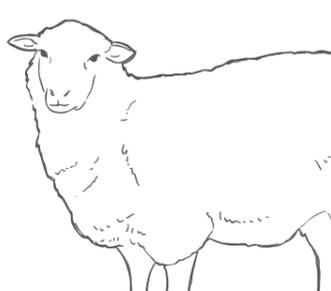
GESUNDHEIT, WIRTSCHAFT & POLITIK.
GIPFELTREFFEN AUF DER SCHAFALM.



1 Marcus Müllner/PERI Change, Martin Schaffenrath/HVB, Hanns Kratzer/PERI Consulting; 2 Benedikt Schneider, Antonius Schneider/Technische Universität München, Reinhold Glehr/ÖGAM; 3 Eva Hötl/Erste Bank, Christine Pilgram, Wolfgang Josef Pilgram; 4 Otto Postl/Gesundheit Österreich GmbH, Christa Postl; 5 Burkhard Huber/Rehabilitationszentrum Häring AUVA, Andreas Greslehner/AUVA, Bettina Greslehner; 6 Stefan Schneeberger/Medizinische Universität Innsbruck; 7 Martina Dick/Welldone, Nina Bennett/Welldone, Monika Peretz/Update Europe, Marcus Müllner/PERI Change; 8 Birgit und Linda Bernhard; 9 Otto Postl/Gesundheit Österreich GmbH; 10 Hannes Salzburger/MSD, Alexander Rosenkranz/ÖGN; 11 Ludwig Bichler/Lundbeck, Karin Gerlach; 12 Magdalena Rostkowska-Müllner/Europäisches Forum Alpbach; 13 Albert Tuchmann/Österreichische Gesellschaft für Chirurgie, Felicitas Tuchmann; 14 Bernhard Zinner/Baxter-Gambro Renal, Klaus Schuster/NÖGUS; 15 Alte Schafalm; 16 Alexander Rosenkranz/ÖGN, Erich Pohanka/AKH Linz; 17 Eva Hötl, Stephan Klemm/Abbott, Monika Steffen



ALTE
SCHAFALM



Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen rettet Leben Aufklärung muss forciert werden

Gipfelgespräch auf der alten Schafalm in Alpbach

Schätzungen zufolge leiden etwa 400.000 Menschen in Österreich an einer eingeschränkten Nierenfunktion – viele, ohne es zu ahnen. Denn eine kranke Niere weist zunächst keine Symptome auf, verursacht keine Schmerzen und wird auch seltener entdeckt als Krankheiten, die körperlich stark zu spüren sind. Im Rahmen des „Gipfelgesprächs auf der alten Schafalm in Alpbach“ diskutierten Experten und Entscheidungsträger des österreichischen Gesundheitswesens über Patientenaufklärung und das von der Österreichischen Gesellschaft für Nephrologie (ÖGN) entwickelte „60/20-Konzept“, einen Meilenstein der Nierenvorsorge. Es zeigt auf, wie eine systematische und strukturierte Versorgung der Patienten in Österreich aussehen sollte.



*v.l.n.r.: Univ.-Prof. Dr. Alexander ROSENKRANZ | Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für Nephrologie (ÖGN), LKH – Uniklinikum Graz
Univ.-Prof. Dr. Erich POHANKA | Leiter der Abteilung Interne II am AKH Linz, Mag. Dr. Klaus SCHUSTER, MSc, MBA | Geschäftsführer-Stellvertreter des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, Univ.-Doz. Dr. Marcus MÜLLNER | Geschäftsführer PERI Change, Univ.-Prof. Dr. Manfred MAIER | Leiter der Abteilung für Allgemeinmedizin an der MedUni Wien, Dr. Reinhold GLEHR | Präsident der ÖGAM, Franz BITTNER | Patientenombudsstelle der Ärztekammer Wien, Christine PILGRAM | Patientin, Univ.-Prof. Dr. Gert MAYER | Direktor der Universitätsklinik Innsbruck für Innere Medizin IV, Mag. Martin SCHAFFENRATH | Vorsitzender-Stellvertreter im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger*

Teilnehmer (alphabetische Reihung):

Franz BITTNER | Patientenombudsstelle der Ärztekammer Wien
Dr. Reinhold GLEHR | Präsident der ÖGAM
Univ.-Prof. Dr. Manfred MAIER | Leiter der Abteilung für Allgemeinmedizin an der Med Uni Wien
Univ.-Prof. Dr. Gert MAYER | Direktor der Universitätsklinik Innsbruck für Innere Medizin IV
Univ.-Doz. Dr. Marcus MÜLLNER | Geschäftsführer PERI Change
Christine PILGRAM | Patientin
Univ.-Prof. Dr. Erich POHANKA | Leiter der Abteilung Interne II am AKH Linz, Medizinische Fakultät der JKU
Univ.-Prof. Dr. Alexander ROSENKRANZ | Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für Nephrologie (ÖGN), LKH – Uniklinikum Graz
Mag. Martin SCHAFFENRATH | Vorsitzender-Stellvertreter im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Mag. Dr. Klaus SCHUSTER, MSc, MBA | Geschäftsführer-Stellvertreter des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds
Moderation: Robert RIEDL | PERI Group

Forderungen des Alpbacher Schafalm-Gipfelgesprächs

- ▶ Pilotprojekt Steiermark zur Prävention chronischer Erkrankungen soll auf ganz Österreich ausgeweitet werden – verbindliche Zielvereinbarungen
- ▶ Evaluierung des Bedarfs an nephrologischen Einrichtungen in Österreich
- ▶ Einrichtung einer ausreichenden Anzahl an Einheiten, um die Zuweisung von Patienten medizinisch und organisatorisch optimal ausführen zu können
- ▶ Umsetzung von nephrologischen Kompetenz- bzw. Schwerpunktzentren
- ▶ Stärkere Kooperation mit Allgemeinmedizinern bei der Behandlung
- ▶ Pauschalierung statt Abrechnung der Einzelleistungen
- ▶ Frühzeitiges und gezieltes Screening von Risikopatienten
- ▶ Stärkung einer interdisziplinären und multiprofessionellen Betreuung der Patienten
- ▶ Adäquate und rechtzeitige Vorbereitung auf die Nierenersatztherapie
- ▶ Finanzierung und Etablierung mobiler Einrichtungen für die Heimdialyse

Christine Pilgram (Patientin):

Als meine Nierenerkrankung diagnostiziert wurde, war ich drei Jahre alt und hatte eine Restfunktion der Niere von 20%. Mit 20 Jahren wurde ich dialysepflichtig und konnte mir damals unter dieser Situation nicht viel vorstellen. Da mir beim Erstinformationsgespräch im Dialyseeinstituten von der Bauchfelldialyse abgeraten wurde, kam nur noch die Hämodialyse in

Frage. Das erste Jahr in der Hämodialyse war relativ gut zu verkraften, aber je länger man bei einer Dialyse ist, desto anstrengender wird es. Nachdem sich mein Gesundheitszustand verschlechterte, spendete mir meine Mutter eine Niere, die ich nach zehn Jahren durch eine Toxoplasmose-Infektion wieder verlor. Als ich dann wieder zur Dialyse musste, wurde mir klar, dass ich die Peritonealdialyse nutzen

möchte. Mein Glück: In Graz kam ich zu Professor Rosenkranz. Seine Aufklärung nahm mir alle Angst. Wenn die Bauchfelldialyse infrage kommt, kann ich jedem Patienten nur wärmstens empfehlen, diese in Anspruch zu nehmen.

Alexander Rosenkranz (Vorsitzender der ÖGN, LKH – Uniklinikum Graz):

Chronische Niereninsuffizienz entwickelt sich langsam und schleichend. Die Leistung der Niere nimmt kontinuierlich ab, ohne dass sich deutliche Symptome zeigen, wie zum Beispiel Appetitlosigkeit und Übelkeit. Dann besitzen die Nieren aber oft nur noch 20 Prozent ihrer Funktion und Dialyse oder Nierentransplantation sind der letzte Ausweg. Daher sind Aufklärung und Prävention vorrangige Ziele der Nierenversorgung. Aus diesem Grund hat die ÖGN das „60/20-Konzept“ erstellt, welches wichtige Prozentrichtwerte der Nierenfunktion definiert. Die ÖGN strebt die beste nephrologische Betreuung für alle Österreicher zum optimalen Zeitpunkt an. Zudem ist es das Ziel, erstens die Niere möglichst lange gesund zu erhalten und zweitens ein strukturiertes Management und Timing für die Nierenersatztherapie zu definieren. Um die Nierenfunktion so lange wie möglich zu erhalten, muss unbedingt ein frühzeitiges Screening in Kooperation mit Ärzten für Allgemeinmedizin und Internisten stattfinden. Besonders Risikopatienten wie Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, Adipositas und Hypertonie sowie solche mit Nierenerkrankungen in der Familie müssen mittels Bestimmung der Nierenfunktion frühzeitig gescreent werden. Wird die Niereninsuffizienz relativ früh festgestellt wird, lassen sich weitere Schäden vermeiden.

Gert Mayer (Direktor der Uniklinik Innsbruck für Innere Medizin IV):

Aus meiner Sicht werden Risikopatienten in Österreich zu spät untersucht, nach den vorliegenden Daten im Mittel erst wenn die Nierenfunktion schon auf 45% reduziert ist. Nach unseren Vorstellungen sollte das fachspezifische Screening zumindest in der Risikopopulation aber schon wesentlich früher, ab einer Reduktion auf 60% einsetzen. Bei diesem Ansatz nimmt natürlich die Zahl der zu untersuchenden Patienten deutlich zu, darüber hinaus werden auch Patienten erfasst, bei denen zwar eine Nierenerkrankung vorliegt, diese aber nicht massiv fortschreitet. Nephrologische Spezialambulanzen werden nicht in der Lage sein diese große Zahl an Patienten zu betreuen, auch stellt sich die Frage der Kosteneffizienz, wenn alle Patienten vollständig abgeklärt werden. Daher stelle ich mir vor, dass eine Zwischenstruktur eingezogen werden könnte, die als primäre Anlaufstelle dient und von der nur jener Teil der Patienten, der tatsächlich ein Fortschreiten der Nierenerkrankung aufweist oder in die kardiovaskuläre Hochrisikogruppe fällt wird weiter überwiesen wird.

In Kooperation mit:
KURIER

Erich Pohanka (Leiter der Abteilung Interne II am AKH Linz, Medizinische Fakultät der JKU):

Betrachtet man die absoluten Zahlen aller österreichischen dialysepflichtigen Patienten vor zehn Jahren, hatten wir laut dem Register der ÖGN 3.334 Patienten, 2012 bereits 4.290. Das ist eine Zunahme von 956 Patienten, knapp 25%, also einem Viertel der Patientenzahlen von vor zehn Jahren. Somit erscheint die Prognose der deutschen IGES Studie auch für österreichische Verhältnisse durchaus plausibel. Um eine flächendeckende und kosteneffiziente Versorgung gewährleisten zu können, muss die derzeitige Infrastruktur in Österreich gut aufgestellt werden. Bei einer Leistungsfähigkeit der Niere von nur noch 20 Prozent muss eine adäquate Vorbereitung auf die Nierenersatztherapie stattfinden. Eine Nierenersatztherapie setzt eine ausführliche Aufklärung von Patienten und deren sozialem Umfeld über alle Möglichkeiten voraus und muss zur für den Betroffenen optimalen Entscheidung führen, die seine komplexe Situation vollständig erfasst.

Reinhold Glehr (Präsident der ÖGAM): Ich wünsche mir drei wichtige Änderungen: Erstens, dass Behandlungspfade für den hausärztlichen Teil genau definiert werden. Zweitens: die Möglichkeit einer elektronischen Konsultation und dass einmal monatlich ein nephrologischer Experte in die Ambulanzen der Bezirke geschickt wird. Drittens: mobile Dialyseteams, die Schulungen machen und die Patienten zu Hause versorgen. Die Schwierigkeit in der Umsetzung ist, dass diese Änderungen Zeit und Geld kosten, wobei hier die Personalkosten im Vordergrund stehen. Wenn überall Personal eingespart wird, kann man sich auch nicht mehr ausreichend Zeit für die Patienten nehmen.

Franz Bittner (Patientenombudsstelle der Ärztekammer für Wien): Der Patient wird damit konfrontiert, dass seine Niere nicht funktioniert und muss – oft in einem zu kurzen Aufklärungsgespräch – mit dem Arzt entscheiden,

welche Form der Therapie für ihn, die am sinnvollsten wäre. Damit ist meist der Weg zur Hämodialyse vorgegeben, denn die Frage der Bauchfeldialyse wird oft gar nicht gestellt. Es wäre aber im Sinne der Patienten wünschenswert, dass möglichst viele Nierenpatienten von der Peritonealdialyse wissen und damit umgehen können. Um Menschen spät in die Ersatztherapie zu bekommen, wäre es wichtig, dass es auch im niedergelassenen Bereich eine nephrologische Versorgung gibt – die strukturierte Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizinern, Internisten und nephrologischen Zentren ermöglicht. Dann wären auch Pflegekräfte mit entsprechender PD-Ausbildung sinnvoll.

Klaus Schuster (Geschäftsführer-Stellvertreter des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds): So sind Zeit und Fachkompetenz für die Patientenbetreuung von Bedeutung. Auch in der Ausbildung muss man die Themen Niereninsuffizienz und Nierenersatztherapie mehr berücksichtigen. Deshalb muss man sich künftig von verschiedenen Seiten interdisziplinär und multiprofessionell um Betroffene kümmern. Um die nephrologische Versorgung flächendeckend zu gewährleisten, muss für ca. 600.000 Einwohner je ein Referenzzentrum zur Verfügung stehen. Hier muss rund um die Uhr ein Nephrologe erreichbar sein.

Martin Schaffenrath (Vorsitzender-Stellvertreter im Hauptverband österr. Sozialversicherungsträger): Im Bundeszielsteuerungsvertrag ist es gelungen, Prävention als operatives Ziel zu definieren. 80 Prozent der Behandlungskosten entstehen in den letzten zwei Lebensjahren. Deshalb unterstützen wir aktuell das Pilotprojekt in der Steiermark. Es sollte im extramuralen Bereich nach erfolgter Evaluierung flächendeckend in ganz Österreich ausgebaut werden.

Manfred Maier (Leiter der Abteilung für Allgemeinmedizin an der MedUni Wien): Eine interdisziplinäre und multiprofes-

sionelle Betreuung von Patienten mit chronischen Nierenerkrankungen wäre sicher eine deutliche Verbesserung. Derzeit stellt aber das traditionelle Einzelleistungssystem mit seinen starren Vorgaben beim Arzt eine Barriere dar. Diese könnte man mit einer adäquat honorierten Pauschalierung überwinden und die Betreuung damit flexibler den individuellen Bedürfnissen jedes Patienten anpassen. Außerdem sollte es einen Topf geben, aus dem alles bezahlt wird.

Marcus Müllner (Geschäftsführer PERI Change): Für Deutschland ist bis zum Jahr 2020 eine jährliche Steigerung der notwendigen Nierenersatztherapie von 3,4% prognosti-

ziert. Daher ist eine genaue Bedarfsplanung zum Thema Niereninsuffizienz und Nierenersatztherapie für unser Land auch unbedingt notwendig. Dazu sind eine Evaluation und Hochrechnung der verfügbaren Zahlen wesentlich. Das ist die Basis für weitere Schritte zur Förderung der Nierengesundheit. ■

Früherkennung rettet Leben!

Gipfelgespräch auf der Schafalm in Alpbach. Aufklärung über Nierenerkrankungen forcieren



Erkrankungen, die unmerklich mit zunehmendem Alter einsetzten, werden seltener entdeckt, als jene, die mit körperlichen Schmerzen einhergehen. Zu jenen, die sich nicht sofort durch Beschwerden bemerkbar machen, zählen chronische Nierenerkrankungen. Schätzungsweise 400.000 Österreicher haben eine eingeschränkte Nierenfunktion, viele davon sind nicht diagnostiziert. Beim „Gipfelgespräch auf der alten Schafalm“ in Alpbach diskutierten Experten und Entscheidungssträger des Gesundheitswesens über Patientenaufklärung und das von der Österreichischen Gesellschaft für Nephrologie entwickelte 60/20-Konzept – ein Meilenstein in der Nierenversorgung, der aufzeigt, wie eine systematische und strukturierte Patientenaufklärung und -betreuung in Österreich aussehen sollte.

Christine Pilgram (Patientin): „Ich wurde mit 20 Jahren dialysepflichtig. Mir sagte keiner, was auf mich zukam. Ich hatte über die daheim anwendbare Bauchfeldialyse gelesen, doch beim Erstgespräch wurde mir nichts über die Peritonealdialyse informiert. Später, nach Transplantation und Hämodialyse, war klar, dass die Bauchfeldialyse optimal für mich ist. Mein Glück: In Graz kam ich zu Prof. Rosenkranz. Seine Aufklärung nahm mir jegliche Ängste. Ich kenne also beide Seiten.“

Alexander Rosenkranz (Vorsitzender ÖGN, Uniklinik Graz): „Aufklärung und Prävention sind vorrangige Ziele bei der Nierenversorgung. Deshalb hat die Österreichische Gesellschaft für Nephrologie das 60/20-Konzept erstellt. Damit sind wichtige Prozent-Richtwerte der Nierenfunktion definiert. Insgesamt wird die beste nephrologische Betreuung für alle Österreicher nun optimalen Zeitpunkt angestrebt. Ziel ist einerseits die Niere möglichst lange gesund zu erhalten, andererseits strukturiertes Management und Timing für die Ersatztherapie zu definieren. Um die Nierenfunktion so lange wie möglich zu erhalten, muss unbedingt ein frühzeitiges Screening in Kooperation mit Ärzten für Allgemeinmedizin und Internisten stattfinden. Gerade Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, Adipositas, Hypertonie sowie Patienten mit Nierenerkrankungen in der Familie müssen durch Bestimmung der Nierenfunktion frühzeitig gescreent werden.“

Gert Mayer (Direktor der Uniklinik Innsbruck für Innere Medizin): „Das Screening von Risikopatienten findet derzeit relativ spät statt, zuspät, will man das 60/20-Konzept umsetzen. Da die Kapazitäten der Ambulanzen be-

grenzt sind, müsste eine Zwischenstruktur eingebracht werden, wo Risikopatienten primär begutachtet und dann an Spezialambulanzen weitergeleitet werden. Bei nur noch 60-prozentiger Leistung der Nieren ist zu prüfen, ob es ein Hochrisikopotenzial, das ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko hat. Folglich müssen Präventionsmaßnahmen oder eine Therapie mit regelmäßigen Kontrollen umgesetzt werden. Dies erfordert eine umfassende Patientenaufklärung.“

Erich Pohanka (Leiter der Abteilung Interne II am AKH Linz): „Das Ziel ist, die Nierenfunktion des Patienten so lange als möglich zu erhalten. Um eine flächendeckende, kosteneffiziente Versorgung zu gewährleisten, muss die derzeitige Infrastruktur in Österreich gut aufgestellt werden. Bei einer Leistungsfähigkeit der Niere von nur 20 Prozent, muss eine adäquate Vorbereitung auf die Nierenersatztherapie stattfinden. Diese setzt eine ausführliche Aufklärung des Patienten und dessen sozialem Umfeld über alle Möglichkeiten voraus. Das muss zu einer für den Betroffenen optimalen Entscheidung führen, die die komplexe Situation des Betroffenen vollständig erfasst.“

Reinhold Glehr (Präsident der ÖGAM): „Ich habe drei Wünsche: Erstens, dass Behandlungspfade für den hausärztlichen Teil definiert werden. Zweitens: die Möglichkeit der elektronischen Konsultation und einmal im Monat einen nephrologischen Experten in die Ambulanzen zu schicken. Drittens: mobile Dialyseteams, die Schulungen machen und Patienten zu Hause versorgen.“

Franz Bittner (Patientenombudsstelle der Ärztekammer Wien): „Um Menschen spät in die Ersatztherapie zu bekommen, wäre es wünschenswert, dass es auch im niedergelassenen Bereich nephrologische Versorgung gibt, eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen Internisten, Allgemeinmedizinern und nephrologischen Zentren.“

Klaus Schuster (GF-StV, NÖ Gesundheits- und Sozialfonds): „Am Wichtigsten ist, für Patienten ein passendes Behandlungsschema zu finden und sich schon in der Phase der Aufklärung interdisziplinär und multiprofessionell zu betreten. Um die nephrologische Versorgung landesweit zu gewährleisten sollte für 400.000-600.000 Einwohner je ein Referenzzentrum zur Verfügung stehen mit einem Nephrologen rund um die Uhr.“

Manfred Maier (Leiter der Abteilung für Allgemeinmedizin MedUni Wien): „Eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Betreuung von Patienten mit chronischen Nierenerkrankungen wäre sicher eine deutliche Verbesserung. Derzeit stellt aber das traditionelle Einzelleistungssystem mit seinen starren Vorgaben beim Arzt eine Barriere dar. Diese könnte man mit einer adäquat honorierten Pauschalierung überwinden und die Betreuung damit flexibler individuellen Bedürfnissen jedes Patienten anpassen. Außerdem sollte es einen Topf geben, aus dem alles bezahlt wird.“

Marcus Müllner (Geschäftsführer PERI Change): „Für Deutschland ist bis 2020 eine jährliche Steigerung der Nierenersatztherapie von 3,4 Prozent prognostiziert. Eine genaue Bedarfsplanung zum Thema Niereninsuffizienz und -ersatztherapie für unser Land ist unbedingt notwendig, samt genauer Evaluation und Hochrechnung der verfügbaren Zahlen. Das ist die Basis für alle weiteren Schritte zur Förderung der Nierengesundheit.“



Mag. Martin SCHAFFENRATH



Mag. Dr. Klaus SCHUSTER, MSc, MBA



Franz BITTNER



Dr. Reinhold GLEHR



Univ.-Prof. Dr. Manfred MAIER



Univ.-Prof. Dr. Gert MAYER



Univ.-Doz. Dr. Marcus MÜLLNER



Christine PILGRAM



Univ.-Prof. Dr. Erich POHANKA



Univ.-Prof. Dr. Alexander ROSENKRANZ

Burn-out: wenn Leben krank macht!

Versorgungs- und Wiedereinstiegskonzepte fördern

Gipfelgespräch auf der alten Schafalm in Alpbach

Burn-out und der damit korrespondierende Einfluss von Alkohol sind zusehends relevante gesellschaftliche Themen geworden. Auch deshalb, weil psychische Erkrankungen eine Hauptursache für Krankenstände und Frühpensionierungen sind. Umso wichtiger muss es sein, Burn-out rechtzeitig zu erkennen und adäquate Versorgungs- und Wiedereinstiegskonzepte für Betroffene zu entwickeln. Darüber diskutierten Experten und Entscheidungsträger des Gesundheitswesens beim „2. Gipfelgespräch auf der alten Schafalm“ in Alpbach.



Michael Musalek (Institutsvorstand und ärztlicher Leiter Anton-Proksch-Institut): „Von Burn-out sprechen wir, wenn die Trias Erschöpfung, Leistungsreduktion, Entfremdung in Zusammenhang mit der Arbeitssituation auftritt. Gesichert ist, dass zwischenmenschliche Probleme in der Arbeit eine Rolle spielen. Es geht also nicht nur darum, dass man zu viel, sondern auch in schlechter Atmosphäre arbeitet. Zweifellos besteht auch ein Konnex zwischen Burn-out und Alkohol. Er wird zum Thema, weil Betroffene so versuchen, dem Leistungsdruck entgegenzuwirken. Im Irrglauben, eine Leistungssteigerung zu erzielen, wird getrunken. Doch nicht jeder Burn-out-Patient ist Alkoholiker. Vielmehr ist es ein komplexes Zusammenspiel vieler Faktoren, das zu Burn-out führt. Jüngst haben wir die Einteilung des Krankheitsverlaufs in drei Stadien vorgenommen, die eine differenzierte Behandlung ermöglicht. Die Drei-Stadien-Einteilung geht von der Hypothese aus, dass Burn-out durch die oben erwähnte Kernphänomenologie – Erschöpfung, Entfremdung, Leistungsreduktion – bestimmt wird. Als prozesshaftes Geschehen weist ein Burn-out aber auch eine phänomenologische Plastizität auf, die im Gesunden beginnt, um schließlich nach einer gewissen Übergangszeit im Pathologischen zu enden. Die Einteilung, die zwischen Problemstadium (Stadium I), Übergangsstadium (Stadium II) und Erkrankungsstadium (Stadium III) unterscheidet, bietet eine Hilfestellung, um Burn-out-Betroffenen differenziert beratend bzw. behandelnd begegnen zu können.“ (Siehe Infokasten.)

Die drei Stadien des Burn-out

Burn-out entsteht nicht plötzlich, kommt also nicht aus dem Nichts. Im Gegenteil, seine Entwicklung zieht sich in der Regel über längere Zeitstrecken hinweg, sie beginnt im Gesunden und endet im Kranken.

Stadium 1: „Ich kann alles“

Unerkannte Überlastung, Kompensation, fehlende Freizeit, Vernachlässigung der Bedürfnisse/Beziehungen, Reizbarkeit.

Stadium 2: „Ich kann noch“

Bewusste Überlastung, vegetative Dystonie, fehlende Freizeit, völlige Zentrierung auf die Arbeit, zunehmende soziale Isolierung, Schlafstörungen, unspezifische psychosomatische Beschwerden.

Stadium 3: „Ich kann nicht mehr“

Völlige Erschöpfung, Arbeitsunfähigkeit, sozialer Rückzug, Depression, chronische Schmerzsyndrome, manifeste körperliche Erkrankung, Lebensüberdross.



Reinhold Glehr (Präsident der ÖGAM): „Ich begrüße die Differenzierung in drei Stadien, weil der Hausarzt damit ein Instrument in die Hand bekommt, Burn-out besser zu beurteilen. Gerade in den Stadien eins und zwei muss der Mediziner wachsam sein, um die Erkrankung beim Patienten zu diagnostizieren. Die Drei-Phasen-Gliederung ist da sehr hilfreich. Ohnehin ist es

höchst an der Zeit, das Thema Burn-out vermehrt in den Kreis der Hausärzte zu tragen. Hier gibt es bei der Fortbildung Verbesserungsbedarf.“

Franz Bittner (Patientenombudsstelle Ärztekammer Wien): „Es ist immens wichtig, Burn-out öffentlich zu diskutieren, denn erst dadurch entsteht Akzeptanz. Seien wir

ehrlich, fast jeder kennt in seinem Umfeld einen Betroffenen, trotzdem sind psychische Erkrankungen gesellschaftlich nicht akzeptiert. Da braucht es noch viel Schulung, überhaupt eine erweiterte Dimension in der Denkweise. Bei Burn-out haben wir vor allem eine Verständnis- und Akzeptanzproblematik zu lösen.“

Andreas Greslehner (leitender Arzt bei der AUVA): „Erfreulicherweise verändert sich die Situation. Ich bin schon lange im Gesundheitswesen und seit fünf Jahren in der Verwaltung tätig, wo ich wirklich einen Glaubenswandel feststelle. Es wird offener mit der Diagnose Burn-out umgegangen, auch Vorgesetzte sind angehalten, darüber zu sprechen und sich nicht zu verstecken. Interessanterweise sind nicht vorrangig Menschen in Spitzenpositionen betroffen, sondern in den mittleren Ebenen, die eigentlich eine gute Arbeitsplatzabsicherung haben.“

Martin Schaffenrath (Vorsitzender-Stv. Hauptverband österr. Sozialversicherungsträger): „Spannend ist in diesem Zusammenhang der Fehlzeitenreport, der die Wirklichkeit in Firmen abbildet. Er zeigt klar, dass wir – Stichwort Burn-out – die betriebliche Gesundheitsförderung dahingehend stärken müssen. Die Suchtprävention hat dabei Priorität. Im Hauptverband arbeiten wir derzeit an einer Gegenstrategie, denn der Prozess ist oft schleichend. Wenn ein Mitarbeiter Probleme hat, beginnt er, abends ein, zwei Gläser Alkohol zu trinken. Das wird aber bald mehr. Dann wird der Grat zum Burn-out sehr schnell sehr schmal.“

Michael Musalek (Institutsvorstand und ärztlicher Leiter Anton-Proksch-Institut): „Beim Alkohol geht es nicht nur um die Suchtkrankheit, sondern auch um den Konsum, der vielfältige Schädigungen im Körper verursacht. Der Patient kommt zum Arzt mit Leberschädigung, Gastritis etc. – nicht wegen der Alkoholkrankheit oder Burn-out. Wir wissen, dass eine Reduktion bei der Alkoholkrankheit eine extrem große Rolle spielt. Wir sind in einer großen Enttäuschungssituation, in der es ein Medikament gibt, mit dem man die Alkoholmenge reduzieren kann. Es steht aber nur für jene zur Verfügung, die es bezahlen können. Die anderen erhalten es im Moment noch nicht. Ich denke, auch da müssen wir uns Gedanken machen, wie wir die ganze Bevölkerung einbeziehen.“

Martin Gleitsmann (Leiter der Abteilung Sozialpolitik u. Gesundheit, WKO): „Kennt man das Gefüge aus Burn-out und Alkohol ist die Situation für Österreich umso dramatischer, denn laut OECD liegen wir beim Alkoholkonsum an dritter Stelle – mit allen Auswirkungen für die persönliche und die Arbeitssituation. Zehn Prozent aller Österreicher werden im Laufe ihres Lebens alkoholkrank. Oft stehen damit psychische Leiden in Zusammenhang, die stark ansteigen.“

In Kooperation mit:
KURIER

Burn-out: Wenn Arbeit krank macht

Gipfelgespräch auf der Schafalm Alpbach. Versorgungs- und Wiedereinstiegskonzepte fördern

Burn-out und der damit korrespondierende Einfluss von Alkohol sind zusehends relevante Themen der Gesellschaft. Auch deshalb weil psychische Erkrankungen eine Hauptursache für Krankheits- und Frühpensionierungen sind. Umso wichtiger muss es sein, Burn-out rechtzeitig zu erkennen und adäquate Versorgungs- und Wiedereinstiegskonzepte für Betroffene zu entwickeln. Darüber diskutieren beim 2. Gipfelgespräch auf der alten Schafalm in Alpbach Experten und Entscheidungsträger des Gesundheitswesens.

Michael Musalek (Institutsleiter und ärztlicher Leiter Anton-Protsch-Institut): „Von Burn-out sprechen wir, wenn die Trias – Erschöpfung, Leistungsreduktion, Entfremdung in der Arbeitssituation auftritt. Gesichert ist, dass zwischenmenschliche Probleme in der Arbeit eine Rolle spielen. Es geht also nicht nur darum, dass man zuviel, sondern auch in schlechter Atmosphäre arbeitet. Zwischen dem Leistungsdruck und dem Leistungsdruck entgegenzuwirken. Im Irrglauben eine Leistungssteigerung zu erzielen, wird getrunken. Doch nicht jeder Burn-out-Patient ist Alkoholik, vielmehr ist es ein komplexes Zusammenspiel vieler Faktoren, das zu Burn-out führt. Jüngst haben wir die Einteilung des Krankheitsverlaufs in drei Stadien vorgenommen, die eine differenzierte Behandlung ermöglicht.“ (siehe Infokasten)

Reinhold Giehr (Präsident der ÖGAM): „Ich begrüße die Differenzierung in drei Stadien, weil der Hausarzt damit ein Instrument in die Hand bekommt. Burn-out besser zu beurteilen. Gerade in den Stadien eins und zwei muss der Mediziner wachsen sein, um die Erkrankung beim Patienten zu diagnostizieren. Die 3-Phasengliederung ist da sehr hilfreich. Oben ist es höchst an der Zeit das Thema Burn-out mehr in den Kreis der



Wenn nichts mehr geht: Burn-out-Erkrankungen nehmen zu. Doch viele Betroffene schweigen aus Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren

Haustürze zu tragen. Hier gibt es bei der Fortbildung Verbesserungsbedarf.“

Franz Bittner (Patientenombudsstelle Ärztekammer Wien): „Es ist immens wichtig, Burn-out öffentlich zu diskutieren, denn erst dadurch entsteht Akzeptanz. Sind wir ehrlich, fast jeder kennt in seinem Umfeld einen Betroffenen, trotzdem sind psychische Erkrankungen gesellschaftlich nicht akzeptiert. Da braucht es noch viel Schulung, überhaupt in der Denkweise. Bei Burn-out haben wir vor allem ein Verständnis- und Akzeptanzproblem zu lösen.“

Andreas Greslehner (leitender Arzt des AUA): „Erfahrungswise verändert sich die Situation. Ich bin schon lange im Gesundheitswesen und seit fünf Jahren in der Verwaltung tätig, wo ich wirklich einen Glaubenswandel feststelle. Es wird offener mit der Diagnose Burn-out umgegangen, auch Vorgesetzte sprechen und sich nicht zu verschließen. Interessanterweise sind nicht vorrangig Menschen in Spitzenpositionen betroffen, sondern in den mittleren Ebenen, die eigentlich eine gute Arbeitsplatzsicherung haben.“

Martin Schaffnerath (Vorsitzender StV, Hauptverband österr. Sozialversicherungsträger): „Spannung ist in dem Zusammenhang der Fehlzeitenreport, der die Wirklichkeit in Firmen abbildet. Er zeigt klar, dass wir, Stichwort Burn-out, die betriebliche Gesundheitsförderung dahingehend stärken müssen. Die Suchtprävention hat dabei Priorität. Im Hauptverband arbeiten wir derzeit an einer Gegenstrategie, denn der Prozess ist oft schleicher. Wenn ein Mitarbeiter Probleme hat, beginnt er abends ein, zwei Gläser Alkohol zu trinken. Das wird dann mehr. Dann wird der Grad zum Burn-out sehr schnell sehr schmal.“

Michael Musalek (Institutsleiter und ärztlicher Leiter Anton-Protsch-Institut): „Beim Alkohol geht es nicht nur um die Krankheit, sondern auch um den Konsum, der vielfältige Schädigungen im Körper verursacht. Der Patient kommt zum Arzt mit Leber-schädigung, Gastritis, etc., nicht wegen der Alkoholkrankheit oder Burn-out. Wir wissen, dass eine Reduktion bei der Alkoholkrankheit eine extrem große Rolle spielt. Wir sind in einer großen Enttäuschungssituation in der es ein Medikament gibt, mit dem man die

Alkoholmenge reduzieren kann. Das Medikament sieht aber nur für jene zur Verfügung, die es bezahlen können. Die anderen erhalten es im Moment noch nicht. Ich denke, auch da müssen wir uns Gedanken machen, wie wir die ganze Bevölkerung einbeziehen.“

Martin Gleitsmann (Leiter der Abteilung Sozialpolitik u. Gesundheit, WKO): „Kann man das Alkoholisieren als Burn-out und Alkoholisieren als Situation für Österreich umso dramatischer, denn laut OECD liegen wir beim Alkoholkonsum an dritter Stelle – mit allen Auswirkungen für die persönliche und die Arbeits-situation. Zehn Prozent aller Österreicher werden im Laufe des Lebens alkoholkrank. Oft stehen damit psychische Erkrankungen in Zusammenhang, die stark ansteigen. Die Wirtschaftskammer unterstützt betriebliche Themen, unter anderem mit der hervorragenden Publikation „Burn Out statt Burn Out“. Auch das Thema Rehabilitation nach einer Burn-out-Erkrankung ist zu überdenken. Bisher haben wir eher betriebliche Vorgänge. Wir brauchen jedoch auf den Arbeitsplatz zugeschnittene Lösungen, damit die Anschlussfähig-

keit gewahrt bleibt und die Menschen ihren Arbeitsplatz behalten.“

Eva Höttl (Leiterin Health Center, Erste Bank): „In den letzten Jahren waren alle psychischen Erkrankungen zusammen für zirka 14 Prozent der Gesamtkrankheitsfälle verantwortlich, vor allem Grund für häufigste Krankheitsbedingte Frühpensionierungen, nicht nur bei Angestellten, müssen wir ansetzen und gegensteuern, indem wir die Rahmenbedingungen für den Wiedereinstieg optimieren. In Österreich werden zwar viele Reha-Aufenthalte gemacht, die führen aber nicht sanft in den Beruf zurück. In Deutschland gibt es bei der psychosomatischen Reha sowohl in der Diagnostik, als auch in der Therapie einen expliziten Berufsbezug – der Erhalt der Erwerbsfähigkeit ist das Rehaziel der Deutschen Rentenversicherung. Das beinhaltet auch, dass im Anschluss an die Reha vom behandelnden Arzt eine Empfehlung hinsichtlich des beruflichen Wiedereinstiegs ausgesprochen der Arbeitszeit zu Beginn in Österreich hingewiesen wird seitens der Ärzte der Rehazentren auch diese

zügliche Empfehlung gegeben. Der Chefarzt, der den Patienten erstmalig sieht, hat nur die Möglichkeit ihn „arbeitsfähig“ oder „nicht arbeitsfähig“ zu schreiben. Dabei wäre ein flexibler Wiedereinstieg, wie er in Deutschland vorgesehen ist, gerade bei psychischen Erkrankungen enorm hilfreich. Das sehen wir auch bei der Erste Bank. Die Chance, schrittweise wieder Fuß zu fassen, ist gerade bei psychischen Erkrankungen ungleich hilfreich. Wiedereingliederung ist für mich Tertiärprävention, wohl wissend, dass das vor allem eine Frage der Akzeptanz der betrieblichen Gesundheitsförderung in einem Unternehmen ist.“

Manfred Maier (Leiter der Abteilung für Allgemeinmedizin, Med Uni Wien): „Die betriebliche Gesundheitsförderung ist eine große Herausforderung. Zum einen bemühen wir uns um definierte Rahmenbedingungen – Stichwort Arbeitsplatz, Sicherheitsvorkehrungen, Luftqualität. Zum anderen haben wir keinen Einfluss auf die schwierige wirtschaftliche Situation, in der rationalisiert wird und Arbeitsplätze abgebaut werden. Rationalisierung bedeutet aber, dass immer weniger Menschen immer mehr leisten müssen. Das fördert das Entstehen von Burn-out. Daher muss auch dieser Aspekt bei der Prävention und betrieblichen Gesundheitsfürsorge berücksichtigt werden.“

Peter Grabner (leitender Arzt bei der VAEB): „In unserem Unternehmen versuchen wir den Konsens mit dem Facharzt und Psychotherapeuten zu finden. Damit eröffnen wir Betroffenen nach Burn-out die Möglichkeit ins Berufsleben zurückzukehren. Und wir haben eine betriebliche Wiedereingliederung getroffen, um Arbeitssituationen und Arbeitsplätze zu verbessern. Auch die reduzierte Wiedereingliederung ist ein Instrument. Dabei starten wir mit therapeutischer Begleitung bei 50 Prozent und begleiten den Mitarbeiter behutsam bis zu seinem Endziel der 100-prozentigen Beschäftigung.“

Die drei Stadien des Burn-out
Burn-out entsteht nicht plötzlich, kommt also nicht aus dem Nichts. In der Regel eine über längere Zeiträume hinweg reichende Entwicklung, die im Gesundheitsbereich, im Krankheitsstadium 1: „Ich kann alles.“ unmerkliche Überlastung, Kompensationsleistung, fehlende Freizeit, völlige Zentrierung auf Arbeit, zunehmende soziale Isolation, Schlafstörungen, spezifische psychosomatische Beschwerden
2: „Ich kann noch.“ völlige Erschöpfung, Arbeitsunfähigkeit, soziale Rückzug, Depression, chronische Schmerzsyndrome, manifeste körperliche Erkrankung, Lebensüberdross
3: „Ich kann nicht mehr.“

Die Wirtschaftskammer unterstützt Betriebe bei diesen schwierigen Themen – unter anderem mit der hervorragenden Publikation „BURN ON statt BURN OUT“. Auch das Thema Rehabilitation nach einer Burn-out-Erkrankung ist zu überdenken. Bislang haben wir eher betriebliche Vorgänge. Wir brauchen jedoch auf den Arbeitsplatz zugeschnittene Lösungen, damit die Anschlussfähigkeit gewahrt bleibt und die Menschen ihren Arbeitsplatz behalten.“

Eva Höttl (Leiterin Health Center, Erste Bank): „In den letzten Jahren waren alle psychischen Erkrankungen zusammen für zirka 14 Prozent der Gesamtkrankheitsfälle verantwortlich. Vor allem waren sie der häufigste Grund für krankheitsbedingte Frühpensionierungen, nicht nur bei Angestellten, auch bei Arbeitern. Da müssen wir ansetzen und gegensteuern, indem wir die Rahmenbedingungen für den Wiedereinstieg optimieren. In Österreich gibt es zwar viele Rehaufenthalte, die führen aber nicht sanft in den Beruf zurück. In Deutschland gibt es bei der psychosomatischen Reha sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie einen expliziten Berufsbezug. Die Wiedereingliederung in den Beruf wird in der Reha gezielt trainiert – der Erhalt der Erwerbsfähigkeit ist das Rehaziel der Deutschen Rentenversicherung. Das beinhaltet auch, dass im Anschluss an die Reha vom behandelnden Arzt eine Empfehlung hinsichtlich des beruflichen Wiedereinstiegs ausgesprochen wird, etwa eine Reduktion der Arbeitszeit zu Beginn. In Österreich hingegen wird seitens der Ärzte der Rehazentren keine diesbezügliche Empfehlung gegeben. Der Chefarzt, der den Patienten erstmalig sieht, hat nur die Möglichkeit, ihn „arbeitsfähig“ oder „nicht arbeitsfähig“ zu schreiben. Dabei wäre ein flexibler Wiedereinstieg, wie er in

Deutschland vorgesehen ist, gerade bei psychischen Erkrankungen enorm hilfreich. Das sehen wir auch bei der Erste Bank. Die Chance, schrittweise wieder Fuß zu fassen, ist gerade bei psychischen Erkrankungen unglaublich hilfreich. Wichtig ist, dass Unternehmen Standards für die Wiedereingliederung etablieren, damit ein klarer Ablauf gegeben ist, durch den Mitarbeiter bei ihrer Rückkehr an den Arbeitsplatz un-

terstützt werden können. Eine Verbindlichkeit könnte etwa im Rahmen einer Betriebsvereinbarung sichergestellt werden. Wiedereingliederung ist für mich Tertiärprävention, wohl wissend, dass das vor allem eine Frage der Akzeptanz der betrieblichen Gesundheitsförderung in einem Unternehmen ist. Es ist auch wichtig, diese Akzeptanz zu schaffen.“



Univ.-Prof. Dr. Michael MUSALEK



Mag. Martin SCHAFFNERATH



Dr. Reinhold GLEHR



Dr. Martin GLEITSMANN



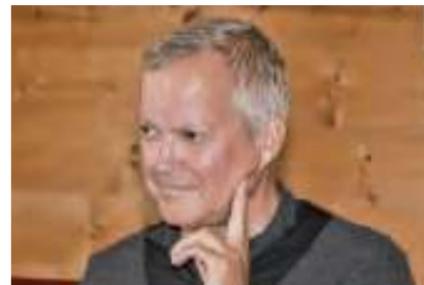
Franz BITTNER



Dr. Eva HÖTTL



Univ.-Prof. Dr. Manfred MAIER



Dr. Andreas GRESLEHNER



Dr. Peter GRABNER

Haus- und Familienmedizin im PHC-Konzept – Wo geht die Reise hin?

Gipfelgespräch auf der alten Schafalm in Alpbach

Experten aus Österreich und Deutschland trafen sich zum Hintergrundgespräch über die „Rolle der Allgemeinmedizin im PHC-Konzept“. Angesichts des Ende Juni beschlossenen Primärversorgungskonzepts, das die Funktion der Allgemeinmediziner als Hausärzte aufwerten möchte, hält es die ÖGAM für wichtig, sich mit dem Thema Kontinuität als Schlüsselfaktor hausärztlicher Versorgung auseinanderzusetzen.

Von Mag. (FH) Martina Dick



Dr. Reinhold GLEHR | ÖGAM

Die Kontinuität der Patienten-Arzt-Beziehung wird in der wissenschaftlichen Literatur über Allgemein- und Familienmedizin als Schlüsselfaktor für eine qualitätsvolle Primärversorgung genannt. Im Idealfall beruht sie auf gegenseitiger Kenntnis der Person, erlebter Anamnese, Vertrauen und guter Erreichbarkeit.

Bei jüngeren Patienten spielen die rasche Problemlösung und Erreichbarkeit im Akutfall eine größere Rolle. Für chronisch Kranke, ältere Menschen, besonders solche mit Mehrfacherkrankungen und psychischen Problemen, ist laut Studien eine persönliche Bezugsperson sehr wertvoll. Die sich ändernden Gesundheitssysteme in den entwickelten Ländern mit größeren Organisationseinheiten, die vermehrte Teilzeitarbeit und die höhere Mobilität von Patienten und Gesundheitspersonal gefährden diese Kontinuität. Angesichts der Evidenz, die Kontinuität als wichtige Säule der Versorgungsqualität darstellt, die einen wesentlichen Beitrag zur Effizienz bzw. zu den

Gesamtkosten des Systems leisten kann, wollen wir gerade jetzt auf diesen Aspekt der Versorgung aufmerksam machen. Das Einbringen entsprechender Überlegungen in die Planung soll dazu beitragen, dass in neuen Konstrukten ausreichend Platz für die personelle Kontinuität bleibt.

Dr. Susanne RABADY | ÖGAM

In Österreich ist die Kontinuität zwischen Patient und Arzt gut verankert. Im Gegensatz zu anderen Ländern haben wir sie unbewahrt. Kontinuität und den persönlichen Hausarzt sollte man nicht aufgeben. Die Langzeitbeziehung zu diesem legt den

Die Teilnehmer in alphabetischer Reihenfolge

- ▶ Franz BITTNER | Patientenombudsstelle der Ärztekammer Wien
- ▶ Irene BURDICH | HPE Wien (Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter)
- ▶ Dr. Reinhold GLEHR | Präsident der ÖGAM
- ▶ Dr. Thomas JUNGBLUT | Präsident der VGAM
- ▶ Dr. Josef PROBST | Generaldirektor des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger
- ▶ Dr. Susanne RABADY | Vizepräsidentin der ÖGAM
- ▶ Mag. Martin SCHAFFENRATH | Vorsitzender-Stellvertreter im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
- ▶ Prof. Dr. Antonius SCHNEIDER | TU München, Institut für Allgemeinmedizin
- ▶ Dr. Artur WECHSELBERGER | Präsident der Österreichischen Ärztekammer
- ▶ Mag. Georg ZINIEL | Geschäftsführer Gesundheit Österreich GmbH

Moderation: Mag. Hanns KRATZER | Geschäftsführer PERI Consulting GmbH

Grundstein zur bestmöglichen Versorgung unter Einbeziehung psychosozialer Leiden und Krankheitsursachen, ermöglicht eine ressourcenschonende Diagnostik mit gelinden Mitteln sowie eine individualisierte und evidenzbasierte Behandlung. Daraus lassen sich eine höhere Motivation, Konkordanz und Adhärenz beim Patienten und eine anhaltende Motivation und Leistungsbereitschaft beim Arzt erzielen. Basis dafür sind die Patienten-Arzt-Beziehung über längere Zeiträume und mehrere Lebensphasen, die Betreuung mehrerer oder aller Familienmitglieder unabhängig von Geschlecht und Alter, evtl. über Generationen, die Einbeziehung des sozialen Gefüges und die Versorgung über die diversen Ebenen und deren Schnittstellen hinweg. Vertrauen und Vertrautheit werden durch die freie Wahl des persönlichen Arztes, die wechselseitigen Vorerfahrungen sowie eine tradierte Rollenzuschreibung gefördert.

Irene BURDICH | HPE Wien (Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter)

Das PHC-Konzept kommt den Bedürfnissen von psychisch Erkrankten und deren Angehörigen sehr entgegen. Der Hausarzt soll den Facharzt nicht ersetzen, sondern als erste Anlaufstelle die Situation und den Handlungsbedarf richtig erkennen und die spezialisierte psychosoziale Behandlung einleiten und koordinieren. Das ist aufgrund des niederschweligen Zugangs zu Früherkennung und Prävention wichtig – späte Behandlung führt zur Manifestation der Erkrankung und zumeist zum Ausscheiden aus dem sozialen Gefüge. Essenziell wären PHC-Einheiten als Bindeglied zw. Spital und ambulanter Versorgung, um Betreuungskontinuität und nachgehende Betreuung zu etablieren (Case-Manager mit Lotsenfunktion), sowie das Gewährleisten einer umfassenden, individuellen medizinischen und psychosozialen Betreuung durch Disease-Management – besonders im Krisenfall. Bei Angehörigen psychisch Erkrankter sollte der Arzt wegen deren großer Belastung besonders wachsam sein, was psychische oder psychosomatische Beschwerden betrifft. Die Frage nach Betreuungspflichten könnte in die Anamnese aufgenommen werden.



Reinhold GLEHR



Susanne RABADY



Irene BURDICH



Antonius SCHNEIDER



Josef PROBST

Prof. Dr. Antonius SCHNEIDER | TU München, Institut für Allgemeinmedizin

Nach Barbara Starfield lauten die vier Grundprinzipien der Primärversorgung: niederschwelliger Erstkontakt, longitudinale Betreuung, umfassende/ganzheitliche Versorgung und Versorgungscoordination. Durch die Kontinuität der Patienten-Arzt-Beziehung kann das am besten umgesetzt werden.

Die Patienten kommen zum Hausarzt mit den ersten Symptomen, hinter denen viele Ursachen körperlicher und/oder psychischer Genese stecken können. Oft lässt sich keine klare Ursache erkennen und die Erkrankung vergeht von alleine, ohne dass viel diagnostisch-technischer Aufwand nötig ist. Die lange Kenntnis des Patienten und die damit einhergehende Vertrautheit erleichtern die Einschätzung, lassen Handlungsbedarf leichter erkennen und erlauben mitunter auch eine Art „abwartendes Offenlassen“. Das schützt die Patienten vor Über- und Fehlversorgung. Auffallend ist, dass die Notwendigkeit einer Versorgungskontinuität vor allem im Ausland untersucht wird. In Deutschland und Österreich war das bisher gar nicht nötig, da sie selbstverständlich ist. Wir sollten uns Mühe geben, dass dieser wichtige Aspekt, der in der hausärztlichen Arbeit so viel Freude bereitet, erhalten bleibt.

Aus meiner Sicht fehlt in Österreich die Versorgungsforschung. In dieser Gesprächsrunde wird viel über Wahrscheinlichkeiten gesprochen statt über valide Aussagen.

Dr. Josef PROBST | Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger

Die Zeichen stehen auf Neustart. Bevor wir uns auf die Reise begeben, sollte definiert werden: Was nehmen wir mit, was lassen wir zurück? Um Klarheit zu schaffen, sollte man den derzeitigen Zustand kritisch betrachten. Auch Kontinuität muss definiert werden: Geht es um jene zwischen Ärzten und Patienten bzw. Einwohnern? Wie passt das mit Ordinationszeiten und freien Tagen zusammen? Oder meinen wir Kontinuität in den fachärztlichen und intramuralen Bereich hinein bzw. von dort wieder zurück zum Hausarzt, um Übergangsszenarien zu definieren?

Bei der Umsetzung von PHC-Modellen

sehe ich in der Stadt ein Kernteam aus Allgemeinmediziner, Krankenpflegern und einer organisatorischen Kraft im Zentrum, das um nichtärztliche Gesundheitsberufe erweitert wird. Das sollte man am besten unter einem Dach organisieren. Am Land ist es wichtig, dass kein Ordinationsstandort aufgegeben und nicht vom Modell „alle unter einem Dach“ ausgegangen wird. Hier hat die Netzwerkbildung Vorrang. Umfassendere, gut abgestimmte Öffnungszeiten sind genauso nötig wie das Hinzuziehen von diplomiertem Personal und eine Ausweitung der aufsuchenden Betreuung. Zudem sollte das Thema Gesundheit, ergänzt um den sozialmedizinischen Aspekt, umfassend einbezogen werden. Auch wichtig sind ein transparentes, verbindlich definiertes Leistungsspektrum und neue Bezahlungsmodelle. Ziel sind PHC-Modelle, die für Patienten und Berufsausübende attraktiv sind.

Dr. Artur WECHSELBERGER | Österreichische Ärztekammer

Die Versorgungslandschaft ist geprägt vom Sozialversicherungsgesetz, nach dem die Sozialversicherung für ausreichende medizinische Versorgung und genügend Kassenverträge verantwortlich ist. Die Ärzte arbeiten dabei aus Gründen der Wirtschaftlichkeit wie auch der Versorgungsnotwendigkeit mehr als die vereinbarte Vertragszeit von max. 20 Stunden. Das Honorarsystem bestraft diese Mehrarbeit durch degressive Komponenten, Gesamt- und Einzelleistungslimitierungen. Die heranwachsende Ärztegeneration nimmt das nicht mehr an, der Bedarf an Leistungen steigt aber weiter. Auch die Versorgungskontinuität ist eine Zukunftsfrage. Institutionelle oder individuelle Kontinuität? Werden viele Ärzte in ihren Praxen und Gruppenpraxen mit ihren individuellen Vertretungen die Behandlungskontinuität sicherstellen oder wird es eine Institution mit wechselnder ärztlicher Besetzung sein? Oder beides nebeneinander? Wesentlich werden ausreichende Vernetzung und Kommunikation sein. Dafür brauchen wir alle Möglichkeiten zur Zusammenarbeit – also breiteste Gestaltungsfreiheit, um angepasst an das regionale Setting die Ziele in der Akut- und der Langzeitversorgung zu erreichen. Exakte Information kann nur

objektive Versorgungsforschung liefern. Heute werden Entscheidungen oft auf Basis anekdotischer Evidenz oder anhand von Kasuistiken gefällt.

Dr. Thomas JUNGBLUT | VGAM

Ich sehe den Wandel als Möglichkeit, den Hausarzt stärker als erste Anlaufstelle bei allen nicht akut lebensbedrohlichen Erkrankungen zu verankern. Dabei kann er ca. 90 Prozent aller Anlässe abschließend klären. Wohin der Weg des Patienten führt, wird partizipativ zwischen diesem und dem Arzt entschieden. Die Kunst besteht darin, den Patienten vor unnötigen diagnostischen und therapeutischen Prozeduren zu bewahren und auch einmal an der richtigen Stelle nein zu sagen oder abzuwarten. Gerade bei der Früherkennung psychischer Erkrankungen in jüngerem Alter hilft eine gute Langzeitbeziehung. Der Hausarzt ist normalerweise weit über die vertraglich geforderte Zeit von 18,5 Wochenstunden erreichbar. Außerhalb der Ordinationszeiten sorgt ein Netzwerk an Ärzten für Kontinuität. In manchen Regionen besteht allerdings Verbesserungsbedarf. Ein überwiegend wertebasiertes System, in dem der Arzt seinen Idealismus und sein Engagement leben kann, wird bessere Ergebnisse liefern als ein vorwiegend regelbasiertes, in dem er zum Befehlsempfänger degradiert wird.

Mag. Martin SCHAFFENRATH | Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger

Der Hausarzt muss, vor allem am Land, in seiner Position nicht nur erhalten, sondern gestärkt werden. Die Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe mit dem Hausarzt als Teamleiter sowie das Schnittstellenmanagement gilt es rasch zu koordinieren. Der Allgemeinmediziner ist aus meiner Sicht der klassische Generalmanager. In der Ausbildung sollte das berücksichtigt werden, ebenso wie die soziale Komponente nicht verloren gehen darf. Der Hausarzt ist in ländlichen Gemeinden eine wichtige Vertrauensperson.

Franz BITTNER | Ombudsmann der Ärztekammer für Wien

Aus Patientensicht wünsche ich mir, den Hausarzt als Gesundheitsmanager zu etablieren.

Einen solchen muss man dementsprechend honorieren – hier sehe ich Bedarf an sinnvoller Umverteilung von Mitteln. Das sollte auch eine Chance für nachkommende Ärzte sein. Regional sollten wir mehr Bedacht auf die Altersstruktur und spezielle Versorgungsbedürfnisse legen. Ein Zusammenspiel mehrerer Disziplinen ist die Basis, um mit den vorhandenen Ressourcen eine umfassende Versorgung sicherzustellen. Für Patienten wünsche ich mir mehr Hausbesuche und eine bessere Wund- und Schmerzversorgung.

Mag. Georg ZINIEL, MSc | Gesundheit Österreich GmbH

Wir sehen derzeit eine regionale Disparität in der Verteilung und ein Problem in der Steuerung bei chronischen Erkrankungen. Es fehlt uns noch an einer Struktur für die Koordination und die umfassende Versorgung gemäß PHC. Weiters braucht es eine Grundlage zur Abstimmung der Funktionalitäten zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen. Aus Patientenbefragungen geht in Bezug auf die Kontinuität hervor, dass die Koordination wichtig ist – Patienten benötigen mehr Unterstützung am Weg durchs System. PHC kann diese Leifunktion übernehmen, um vermeidbaren Erkrankungen (COPD) sowie einer hohen Hospitalisierungsrate entgegenzuwirken. Bis 2016 sollen in allen Bundesländern erste PHC-Einheiten in unterschiedlichen Organisationsformen entstehen, die ein Prozent der Bevölkerung erfassen. Entsprechend den Bedarfslagen der Bevölkerung, errichten wir nicht nur neue Einheiten, sondern auch ein breit gefächertes Leistungsangebot einschließlich Prävention in bestehenden Ordinationen. ■



Artur WECHSELBERGER



Thomas JUNGBLUT



Martin SCHAFFENRATH



Franz BITTNER



Georg ZINIEL

Hygiene: »Die Zeit läuft uns davon«

Gipfelgespräch auf der alten Schafalm in Alpbach

Am 17. August fand das sechste Gipfelgespräch zum Thema „Hygiene und Patientensicherheit“ statt. Wie in anderen hochentwickelten Ländern kommt es auch im österreichischen Gesundheitssystem jedes Jahr zu Komplikationen im Rahmen von medizinischer Diagnostik und Therapie, darunter auch zu nosokomialen Infektionen. Bei der Diskussion wurde deutlich, dass die derzeit verfügbaren Daten trotz zunehmender Wahrnehmung keine exakte Bezifferung der Problematik nosokomialer Infektionen, ihrer Vermeidbarkeit und der damit verbundenen Sterblichkeit ermöglichen. In der Gesprächsrunde wurden Schwerpunkte und Handlungsfelder der Patientensicherheit und Hygiene analysiert, um interdisziplinäre Lösungsansätze zu entwickeln.

Von Karin Schneck, BA und Claudia Bandarra bakk.phil.

Das Gipfelgespräch wurde durch Impulsvorträge von Dr. Brigitte Ettl, Präsidentin der Österreichischen Plattform für Patientensicherheit und Univ.-Prof. Dr. Ojan Assadian, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (ÖGKH), eröffnet. Dabei wurden bereits wichtige Punkte angesprochen, die in der anschließenden Diskussionsrunde – mit einem teils international geprägten Blick der Experten auf das heimische Gesundheitswesen – weiter ausgeführt wurden. Einig waren sich die Spezialisten darüber, dass es in Österreich zwar viele gute Initiativen und Vorhaben gebe, es aber an rechtlich verbindlichen Gesetzgebungen fehle. Die Präsidenten der ÖGKH und der Plattform für Patientensicherheit hielten fest, dass in unserem Land zur konsequenten Umsetzung von Leitlinien wie der „ProHyg 2.0 – Organisation und Strategie zur Krankenhaushygiene“ oder von konkreten Punkten der „Patientensicherheitsstrategie 2013–2016“ eine solche rechtsverbindliche Grundlage erforderlich sei.

Wissenstransfer durch Vernetzung von Experten

2008 wurde auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit die „Plattform für Patientensicherheit“ gegründet. In verschiedenen Arbeitsgruppen erarbeitet diese gezielte Verbesserungsmöglichkeiten für die Sicherheit der Patienten wie auch der Mitar-

beiter im Gesundheitssystem. „Wir arbeiten an Lösungen für Probleme in der Hygiene. Es ist viel Wissen auf nationaler sowie internationaler Ebene vorhanden, wir müssen es dorthin transferieren, wo es tatsächlich benötigt wird. Die Themengebiete ‚Infektionen und Hygiene‘ betreffen alle medizinischen Bereiche. Hier geht es nicht nur um

eine verstärkte Vernetzung von Experten, sondern auch um die Entwicklung neuer didaktischer Methoden und Konzepte für das Fachpersonal und die Stärkung der Thematik in der Ausbildung“, so Ettl. Assadian wies darauf hin, dass sich ein Teil der nosokomialen Infektionen durch Einhaltung von Hygienemaßnahmen vermeiden

Die Teilnehmer in alphabetischer Reihenfolge

- ▶ Univ.-Prof. Dr. med. Ojan ASSADIAN, DTM&H | Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Krankenhaushygiene
- ▶ Dr. Brigitte Ettl | Präsidentin Österreichischen Plattform für Patientensicherheit
- ▶ Prof. Dr. Martin EXNER | Präsident der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene
- ▶ HR Dr. Franz KATZGRABER | Landessanitätsdirektion für Tirol
- ▶ Univ.-Prof. Dr. Manfred MAIER | Vorstand der Abteilung Allgemeinmedizin und stellvertretender Leiter des Zentrums für Public Health der Medizinischen Universität Wien
- ▶ Dr. Sigrid PILZ | Wiener Pflege- und Patientenadvokatin
- ▶ Mag. Martin SCHAFFENRATH | stv. Vorsitzender des Verbandsvorstands im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
- ▶ Mag. Georg ZINIEL, MSc | Geschäftsführer Gesundheit Österreich GmbH



Univ.-Prof. Dr. med. Ojan ASSADIAN



Dr. Brigitte Ettl



Prof. Dr. Martin EXNER



HR Dr. Franz KATZGRABER



ließe, sofern verbindliche Regelungen zur Implementierung und eine effektive Überprüfung von gesetzten Standards Hand in Hand gingen.

Österreich: Präzise epidemiologische Daten fehlen

Hierzulande sind im Gesundheitswesen erworbene Infektionen nicht meldepflichtig. Daher kann eine Schätzung der jährlich betroffenen Patientinnen und Patienten nur auf Basis von auf europäischer Ebene bestehenden Prävalenzstudien vorgenommen werden. Das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) hat im Jahr 2012 eine Point-Prevalence-Studie zu diesem Thema durchgeführt, an der Österreich unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Presterl von der Medizinischen Universität Wien und Dr. Alexander Blacky, Vorstandsmitglied der ÖGKH, teilgenommen hat. Im internationalen Vergleich erkranken in Europa jedes Jahr 3,2 Millionen Menschen an einer nosokomialen Infektion, rund 37.000 sterben

an den Folgen. Für Österreich kann daraus abgeleitet werden, dass jährlich ca. 95.000 Patienten mindestens eine nosokomiale Infektion akquirieren und geschätzte 4500 Betroffene an den direkten Folgen versterben. Der Hygiene geht es aber nicht primär um die Anzahl der Betroffenen – denn jeder Einzelne ist zu viel. Viel wesentlicher ist es, solche Infektionen durch kluge Primärpräventionen im Ansatz zu verhindern. Die von der Bundesgesundheitskommission (BGK) beschlossene „Patientensicherheitsstrategie 2013–2016“ sieht Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von nosokomialen Infektionen und antimikrobiellen Resistenzen (AMR) bis Ende 2016 vor. Die Festlegung einer bundesweiten einheitlichen Erfassung soll bis Ende 2014 abgeschlossen sein. „Im Beschluss von 2013 war Hygiene ein wesentliches Element. Ich halte sehr viel von qualifiziertem Monitoring. Die Agenda samt Struktur ist ausgesteckt. Das Gesundheitsministerium hat durch die Einrichtung eines Patientensicherheitsbeirats Leadership übernommen und ich

bin hochinteressiert daran, das nun Stück für Stück mit Inhalten zu füllen“, so Mag. Georg Ziniel, MSc.

Gemeinschaftlicher Diskurs zu rechtlichen Vorgaben, Datensicherheit und Transparenz

Assadian verortete die Ursachen der nosokomialen Infektionen auch systembedingt: „Es geht in der Diskussion der Hygieneproblematik um die Tatsache, dass Infektionen nicht aus Fahrlässigkeit oder Sorglosigkeit entstehen. Sie sind vielmehr inhärent durch begrüßenswerte Neuerungen der medizinischen Technik mit dem Gesundheitssystem verbunden. Mit der Entwicklung von z. B. Endoskopen hat sich ein Tor für neue therapeutische und diagnostische Möglichkeiten in der Medizin eröffnet. Damit ist das Endoskop aber auch als zuvor nicht vorhandenes Vehikel für die Übertragung von Mikroorganismen aufgetreten.

„In Deutschland sind Errungenschaften wie das Patientenschutzgesetz 2011 erst durch

mediale Skandalisierung von dramatischen Situationen rechtlich verankert worden. Die ÖGKH möchte nun einen Prozess des sachlichen Diskurses mit allen handelnden Personen des Gesundheitswesens einleiten, bevor es auch bei uns zu solchen Vorkommnissen kommt.“ Die Datensicherheit und der Datenschutz bei der Meldung von Vorfällen, bei denen die Patientensicherheit gefährdet ist, sind dabei ebenfalls ein wesentliches Kriterium. So wurde auch die Selbstverantwortung der Patienten diskutiert. „Es gibt einfache Hilfestellungen, wie Patienten ermutigt werden könnten, um einen Beitrag zu leisten. Denn sie merken oft, wenn etwas nicht in Ordnung ist, beispielsweise, wenn sich der behandelnde Arzt die Hände nicht desinfiziert. Um das Bewusstsein für Hygiene ausreichend zu schärfen, wurde in Deutschland 2011 eine Broschüre für Kinderhygiene in Tageschulen und Kindergärten entwickelt“, fügte Prof. Dr. Martin Exner hinzu. „Um die Ursachen für nosokomiale Infektionen zu erkennen und die Transmissionen zu unterbinden, sind



Univ.-Prof. Dr. Manfred MAIER



Dr. Sigrid PILZ



Mag. Martin SCHAFFENRATH



Mag. Georg ZINIEL, MSc



neben der Schaffung eines entsprechenden Bewusstseins bei den Patienten auch kontinuierlich erhobene, repräsentative und verlässliche Daten zur Epidemiologie

liche Autorität zugesprochen, doch häufig bestehe Misstrauen gegenüber den medizinischen Einrichtungen. Das Vertrauen der Patienten in diese als partnerschaftli-

zept zu verstehen, sondern als „Handwerk, bei dem Patienten lernen, wie Hygiene ordnungsgemäß funktioniert“, erklärte Exner. Umsichtige Regelungen sollen aber nicht nur im Krankenhaus greifen, sondern auch den niedergelassenen Bereich, die Pflege zu Hause und auch Pflegeheime betreffen.

die auch bundesweit als übergreifender und unabhängiger Ansprechpartner beratend in Sachen Hygiene auftreten könnte, wie es z.B. in Deutschland durch das Robert-Koch-Institut in Berlin realisiert sei.

InfoBox

Die operativen Ziele der „Patientensicherheitsstrategie 2013–2016“ sind im Bundes- und Landeszielsteuerungsvertrag verankert. Bei der Vermeidung von nosokomialen Infektionen hat die Prävalenz von Methicillin-resistentem *Staphylococcus aureus* (MRSA) oberste Priorität. Methicillin bezeichnet die Resistenz des grampositiven Bakteriums *Staphylococcus aureus*. Die Bakterien der Gattung haben Mehrfach-Resistenzen gegenüber verschiedenen Antibiotikaklassen entwickelt. Ein Drittel der Bevölkerung trägt den Stamm *Staphylococcus aureus* in der Nase, bei Dialysepatienten finden sich sogar bis zu 70 Prozent der Erreger im HNO-Bereich.

Multiresistente gramnegative Stäbchen (3- bzw. 4-MRGN) unterscheiden sich von grampositiven Erregern durch ihren Zellwandaufbau. In den letzten Jahren war eine bedrohliche Zunahme von multiresistenten gramnegativen Erregern zu beobachten, die im Vergleich zu grampositiven Bakterien deutlich schlechter bzw. überhaupt nicht mehr auf alle drei bzw. vier Antibiotikagruppen ansprechen.

Die **katheterassoziierte Blutinfektion** ist noch immer eine der häufigsten nosokomialen Infektionen. Sie entsteht durch die Verwendung von intravaskulären Geräten, die ein direktes Eintreten der Mikroorganismen in die Blutbahn erlaubt.

Antibiotika – Resistenz- und Ausbruchmanagement

Nosokomiale Infektionen werden oft nicht nur vom Personal übertragen. Die auslösenden Erreger, die für Menschen mit reduzierter Immunabwehr zu einer ernsthaften Gefahr werden können auch vom Patienten selbst stammen. Eine ordnungsgemäß durchgeführte Antibiotikaphylaxe vor einem chirurgischen Eingriff verringert das Risiko deutlich. Obwohl es in Österreich noch immer an rechtlichen Rahmenbedingungen fehlt, erlaubt die Judikatur mittlerweile Ansprüche, wenn es zu schwerwiegenden Infektionen kommt. „Österreich und Deutschland sind bezüglich Spitalsaufenthalt und unnötigen Operationen führend. Zur Erhöhung der Patientensicherheit im Fall von Antibiotikaresistenzen wäre es wünschenswert, wenn diese in einer allgemeinen Datenbank verzeichnet würden, um auch die Notwendigkeit von Eingriffen abzuwägen“, so Ettl.

Leistungskatalog anpassen

„Es hat sich zwar im Bewusstsein gegenüber der Hygiene vieles zum Positiven verändert, was sich auch im Leistungskatalog widerspiegeln sollte, aber vorerst haben wir ein Budget, mit dem wir auskommen müssen“, so Mag. Martin Schaffenrath.

Eine der Herausforderungen bei der Verhandlung von Vergütungen präventiver Leistungen (wie z.B. eines präoperativen Nasenabstrichs beim Hausarzt zur Feststellung der individuellen Resistenzsituation) sei die derzeit noch fehlende Anerkennung des Gesundheitsschutzes als bedeutende medizinische Leistung, so Assadian. Das traditionelle System sei auf Reparatur und nicht auf Gesunderhaltung ausgerichtet. Es fehle in Österreich eine nach außen wahrnehmbare öffentliche Einrichtung des Gesundheitsschutzes und der Hygiene,

Wie sollen nosokomiale Infektionen in Zukunft gehandhabt werden?

„Ich hoffe, dass weiterhin ein reger Austausch zu dieser Thematik stattfinden wird. Eine aktive Rolle der Behörden ist absolut wünschenswert“, so Pilz. Für sie seien die Priorisierung von Agenden aus der österreichischen Patientensicherheitsstrategie essenziell, um wichtige Projekte schnell etablieren zu können. Laut Maier seien die zwar vorhanden, würden aber nicht schnell genug umgesetzt, teils auch wegen fehlender Finanzierungspläne. So liege es nun in den Händen mehrerer Stakeholder des Gesundheitswesens, verbindliche Regelungen für die Etablierung von adäquaten und vor allem rechtlichen tragenden Hygienestandards zu entwickeln und diese zu implementieren. Denn, so Exner, „es läuft uns die Zeit davon“. ■



Patientensicherheitstag

Der erste „Internationale Patientensicherheitstag“ findet am 17. September 2015 statt und wird gemeinsam von der „Stiftung für Patientensicherheit“ – Schweiz, dem „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ – Deutschland sowie der „Plattform für Patientensicherheit“ – Österreich veranstaltet. Ziel ist eine Vernetzung von internationalen Experten, Erfahrungen und die Bewusstseinsbildung zu Themen rund um Patientensicherheit und Qualität im Gesundheitswesen. Dazu werden österreichweit Events stattfinden.

erforderlich, insbesondere auch aus dem niedergelassenen Bereich. Das erfordert ein Umdenken in der bisherigen Herangehensweise an dieses Thema hinsichtlich seines Stellenwerts, der dafür notwendigen Finanzierung und der Diskussionskultur – also einen Paradigmenwechsel“, so Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier.

Der Patient in der Selbstverantwortung

Dr. Sigrid Pilz erläuterte in der Diskussion die aktive Rolle des Patienten, sah aber in der Realisierung ein enormes Problem. In Österreich werde dem Arzt durchaus fach-

che Dienstleister zu stärken sei dringend vonnöten. Die Verankerung und der Ausbau von Hygiene im Curriculum des Medizinstudiums, aber auch die Ausbildung von Fachpersonal im Gesundheitswesen müssten neu geregelt werden. „Gerade bei der Händehygiene ist die praktische Umsetzung unabdingbar. Wir haben in Tirol die Kampagne ‚Saubere Hände‘ gestartet, um nicht nur in Krankenanstalten, sondern auch in Pflegeheimen und im ambulanten Bereich ein starkes Bewusstsein zu schaffen“, so HR Dr. Franz Katzgraber. Dabei sei Hygiene nicht nur als theoretisches Kon-

Die Break-out-Sessions, in denen viele der oben genannten Ergebnisse erarbeitet wurden, moderierten die jeweiligen Themenpaten gemeinsam mit Studenten. Der Themenpate für Big Data, Univ.-Doz. Dr. Marcus Müllner (wissenschaftlicher Beirat der Gesundheitsgespräche), moderierte zusammen mit Simon Mathis, einem 18-jährigen Physikstudenten (ETH Zürich). Der junge Vorarlberger ist ausgebildet im Konzept der Art of Hosting. Das PERISKOP hat sich mit ihm getroffen, um mehr über die Kunst der guten Gesprächsführung, die auch als wesentliches Führungsinstrument gilt, zu erfahren.

Von Mag. (FH) Martina Dick

P: Wofür steht Art of Hosting (AoH) und wie bist du zu diesem Konzept gekommen?

Mathis: AoH ist die Kunst, gute Gespräche zu ermöglichen und dies als Führungsinstrument einzusetzen. Sie bezieht den einzelnen Menschen sowie das System ein, baut auf persönliche Erfahrung, Dialog, Moderation und kreiert gemeinsam mit allen Beteiligten innovative Lösungen für komplexe Herausforderungen. Mit 16 Jahren bin ich über das Vorarlberger Büro für Zukunftsfragen auf diese Kunst der Gesprächsführung gekommen. Ich habe an einem AoH-Training teilgenommen und war fasziniert davon. Die Grundfrage lautet, wie man Unterhaltungen sinnvoll gestalten kann. 2014 wurde ich als Co-Trainer zu einem AoH-Training in Vorarlberg eingeladen und habe dabei einige Mitarbeiter des Forums Alpbach und der IG Vorarlberg kennengelernt.

P: Warum hat sich das EFA für diese Art der Gesprächsführung entschieden?

Mathis: Die Idee war, das Forum partizipativer und interaktiver zu gestalten, mit dem Ziel, die Menschen stärker miteinander in Dialog zu bringen. Letztlich geht es darum, einen lebendigen Wissensaustausch zu ermöglichen und die kombinierte, kollektive Expertise der Teilnehmer zu nutzen, anstatt sich auf einzelne Experten zu verlassen. AoH ist ein Weg, die kollektive Weisheit und die Fähigkeit zur Selbstorganisation von Gruppen jeglicher Größe zu nutzen, und kann u. a. dabei unterstützen, vom Wissen ins Handeln zu kommen.

P: Wie unterscheidet sich der Dialog von der Diskussion?

Mathis: In der Diskussion will man den eigenen Standpunkt beweisen, man will sich abgrenzen. Der Dialog ermöglicht im Gegensatz dazu einen Austausch auf Augenhöhe. Der Fokus liegt weniger auf der eigenen Meinung und mehr auf der Sache, die besprochen wird, an sich. Ich denke, es ist für die gesellschaftlichen Probleme der Zeit unabdingbar, dass wir uns auf dieser Ebene begegnen können. Im Vordergrund stehen beim Dialog die Fragen: Was können wir voneinander lernen, wie können wir aneinander wachsen? Das Prinzip des Dialogs wurde unter anderem von einem Physiker, David Bohm, beschrieben. Für Bohm war der Dialog nicht nur eine Form der Kommunikation, sondern ein Weg zu einer grundlegenden Transformation von Einzelnen und Gruppen. Genau dadurch eröffnet sich die Möglichkeit, Standpunkte und Haltungen zu verändern. Man geht heute davon aus, dass Wissenschaftler wie z. B. Einstein auch deshalb so produktiv waren, weil sie einen intensiven Dialog miteinander gelebt haben, geprägt von Wertschätzung und Erkenntnisgewinn. Und von wirklichem Zuhören, ein besonders essentieller Teil des Dialogs: Otto Scharmer, Dialogforscher am MIT in Boston („Theorie U“), hat besonders innovative Prozesse und Unternehmen wissenschaftlich beleuchtet und jene Faktoren, die dies ermöglichten, erforscht. Als einen Kernfaktor hat er dabei das ‚wirkliche Zuhören‘ identifiziert.

P: Was genau ist am Zuhören so innovativ?

Mathis: Scharmer unterscheidet vier Stufen des Zuhörens: Im Alltag kommen wir meist über die beiden ersten Stufen (Downloading und gegenständlich-unterscheidendes Zuhören) nicht hinaus. Richtig spannend und ausschlaggebend für Innovationen sind empathisches und schöpferisches Zuhören – diese beiden Stufen sind ein Kernelement des Führens und zeichnen den Dialog aus. Beim ‚empathischen Zuhören‘ wird versucht sich in die Schuhe des Gesprächspartners zu stellen: Was möchte mir eine Person – unabhängig von Sprache, Bildungsstand oder Eloquenz – wirklich sagen? Was ist eigentlich die Kernidee der anderen Person? Beim ‚schöpferischen Zuhören‘

entsteht eine stille, schöpferische Präsenz, die zukünftige Möglichkeiten erlebbar und produktiv werden lässt. Man versucht nach wiederkehrenden Mustern zu hören und das ‚Big Picture‘ wahrzunehmen. Es geht um das Erkennen des Potenzials der Menschen, mit denen man spricht.

P: Was ist für einen Dialog noch wichtig?

Mathis: Ein gewisses Mindset – das Modell ‚Ich bin o. k., du bist o. k.‘. Wie gesagt geht es im Dialog nicht um den eigenen Standpunkt, oder darum, diesen zu beweisen, zu verteidigen. Es braucht das Bewusstsein dafür, dass wir unterschiedliche Weltansichten haben, die weder falsch noch richtig sind und nur unsere getriebene Sicht der Realität widerspiegeln. Es geht vielmehr darum, etwas zu finden, das funktioniert – damit kann ich mich gut identifizieren, denn auch in der Physik geht es immer darum, Modelle zu finden, die funktionieren. Zum Beispiel ist die Urknalltheorie, da sind sich alle Physiker einig, ein Modell, das gut funktioniert – aber gleichzeitig eben nur ein Modell, das das was wir beobachten zu beschreiben versucht, und nicht die ‚Wahrheit‘. Weil die ‚absolute Wahrheit‘ vermutlich sowieso nicht fassbar ist, geht es vielmehr darum Theorien bzw. Modelle zu finden, die unsere Erfahrungen mit der Welt um uns bestmöglich beschreiben. Wir versuchen unsere Erfahrungen zu strukturieren und in ein Modell zu packen – es ist eine ‚working version‘, die wir versuchen ständig zu erweitern und verfeinern. Ähnlich verhält es sich auch mit unseren persönlichen Meinungen über die Welt.

P: Wie wurde das Konzept von AoH in die Break-out-Sessions der Gesundheitsgespräche integriert?

Mathis: Zunächst gab es eine Einführung zu ‚Dialog statt Diskussion‘. Es wurde eingewiesen in das Zuhören, sich Zeit zu nehmen, nachzudenken und auf das Wesentliche zu fokussieren. Dann ging es um die Ziele der Break-out-Sessions: Als Moderatoren wurden wir darauf hingewiesen, darauf zu achten, dass jeder zu Wort kommt, dass sich alle Teilnehmer einbringen können, um gemeinsam am Thema zu arbeiten. Es galt, eine wertschätzende Atmosphäre zu gestalten, in der die Stakeholder aktiv miteinander in Dialog treten, gemeinsam eine Zukunftsvision

gestalten und auf Lösungen fokussieren. Ich denke, dass sich die Ergebnisse sehen lassen können. In dem partizipativen Prozess geht es darum zu sehen, was im System eigentlich alles an Wissen und Mustern vorhanden ist. Es kann Klarheit schaffen über die Sachen, die wirklich im Raum stehen und adressiert werden müssen.

P: Wie sah der Prozessaufbau der Arbeitskreise aus?

Mathis: Zuerst konnten sich die Teilnehmer kennenlernen, ihre Kernaussagen wurden aufgeschrieben. Das ergab die Essenz aus der eigenen Perspektive und eröffnete den Blick auf andere. Dann starteten wir den eigentlichen Prozess: Zunächst ging es um ein positives und realistisches Zukunftsbild, eine Vision für 2025. Das Bild wurde skizziert, somit war klar, wo wir hinwollen. Nun ging es um die Stolpersteine auf dem Weg und darum, wie diese überwunden werden können. Zum Schluss wurden die nächsten Schritte definiert, um vom Sprechen ins Handeln zu kommen – das scheint wenig, ist aber nützlich. Schließlich beginnt eine Reise von tausend Schritten auch mit dem ersten!

P: Deine persönliche Sicht auf Big Data?

Mathis: Die Datensammelwut der USA ist definitiv keine Lösung. Big Data ist aber eine Chance, vor der wir die Augen nicht verschließen dürfen. Die Frage ist, was können wir daraus machen und wie wollen wir als Gesellschaft damit umgehen? Dazu braucht es einen öffentlichen Diskurs. Aus meiner Sicht sollten wir von Big Data zu Smart Data kommen und nur das erheben, was wirklich wichtig ist, um aussagekräftige Zusammenhänge herstellen zu können. ■



Simon Mathis



Marcus Müllner

Alpbacher Gesundheitsgespräche: Gesundheitswesen im Jahr 2025 220 Experten erarbeiteten Antworten auf elf Zukunftsfragen

Einige wesentliche Ansatzpunkte und Querschnittsthemen wurden von den meisten der Arbeitsgruppen angesprochen, beispielsweise die Notwendigkeit, Gesundheit in Österreich stärker als zentrale Querschnittsmaterie zu verankern („Health in all Policies“). Zudem fiel auf, dass alle Teams den Bedarf an verstärkter Kommunikation und Information quer über das gesamte Gesundheitswesen orteten – in Richtung der Bürger und Patienten sowie innerhalb der Akteure des Gesundheitswesens. Auch das Stichwort „Integration“ prägte die Zukunftsüberlegungen im System („integrierte Versorgungssysteme“) und zielte auf eine Verschränkung von Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystem ab.

Bei vielen Themen wurde die Gesundheitsreform von den Experten nicht als letzter Reformschritt gesehen, sondern als dringend notwendige Basis für die großen Veränderungen und Trends bis zum Jahr 2025.

Zusammenfassung der wichtigsten Punkte aus den Arbeitsgruppen

- Forderung nach Weisenrat für Themen wie Big Data, Neurowissenschaften und Genetik (z. B. um Vorschläge zur Nutzung von Patientendaten für Forschungszwecke zu entwickeln etc.).
- Prävention als zentralen Schwerpunkt des Gesundheitswesens in den Vordergrund rücken.
- Gesundheit als Querschnittsmaterie: „Health in all Policies“ weist darauf hin, dass jeder Minister (auch) ein Gesundheitsminister ist. Als Konsequenz wurde z. B. ein Ministerdialog zum Thema Gesundheit gefordert.

- Schaffung integrierter Versorgungssysteme (wie z. B. die geplanten Primärversorgungsstrukturen).
- Präventionsorientierte Gesundheitserziehung/Gesundheitsbildung (etwa tägliche Turnstunde, Motorikunterricht in den Schulen, Gesundheitsbildung als Unterrichtsfach).
- Strategie für die Nutzung von Gesundheitsdaten unter Wahrung der Patientenrechte.
- Professionelle Kommunikations- und Informationspolitik im Gesundheitswesen.
- Etablierung eines umfassenden Gesundheitsbegriffs (Wohlbefinden, psychosoziale Gesundheit etc.).
- Permanentes Benchmarking des Gesundheitswesens mit Best-Practice-Ländern (Skandinavien etc.) als zentrales Element eines Monitoring- und Evaluierungssystems.
- Erarbeitung einer Datenverarbeitungs-Verordnung speziell für die Anforderungen des Gesundheitswesens.
- Nutzung der positiven Möglichkeiten der Gentechnik (Früherkennung, erweiterte Behandlungsmöglichkeiten) unter genauen gesetzlichen Rahmenbedingungen.
- Schaffung neuer Berufsbilder entlang der zentralen Entwicklungsfelder im Gesundheitswesen (z. B. Gen-Berater/-innen).
- Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, vor allem bei besonders schutzbedürftigen Gruppen.

MAG. PETER MCDONALD
Obmann-Stv. der SVA

Finanzielle Anreize wirken sich auf das Gesundheitsverhalten aus

Im Rahmen der Alpbacher Gesundheitsgespräche traf am 19. August ein eigener Arbeitskreis der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft (SVA) unter dem Titel „Wenn Anreize wirken – Engagement für Gesundheit will belohnt werden“ zusammen. Die zentrale Frage lautete: Wirken sich finanzielle Anreize auf das Gesundheitsverhalten des Einzelnen aus? Antworten präsentierte die Johannes-Kepler-Universität mit einer aktuellen Studie. Das eindeutige Ergebnis: Finanzielle Anreize wirken.

Bewusstsein für Gesundheit schaffen

„Wichtig ist, das Bewusstsein zu schaffen, dass jeder für seine Gesundheit zuallererst einen eigenen Beitrag leisten kann. Wir wollen dieses Bewusstsein durch Anreize stimulieren. Diese können finanzieller Natur, aber auch ein Mehr an Lebensqualität und an gesunden Lebensjahren sein. Die Studie bestätigt, dass Anreizmodelle eine direkte Wirkung auf den Umgang mit der eigenen Gesundheit haben. Diese wissenschaftliche Erkenntnis wollen wir im Rahmen des Europäischen Forum Alpbach diskutieren“, so Mag. Peter McDonald, Obmann-Stv. der SVA. „Wer mehr Verantwortung für seine Gesundheit übernimmt, verliert weniger Lebensjahre an Krankheit. Wären wir Schweden und nicht Österreicher, hätten wir statistisch gesehen sieben gesunde Lebensjahre mehr“, erklärte McDonald. Im Rahmen des Arbeitskreises gaben die SVA und die Gesundheitsökonominnen einen Einblick in die Detailergebnisse,

die wichtigsten Studienerkenntnisse und mögliche Schlussfolgerungen für die österreichische Gesundheitspolitik. All das wurde auch intensiv diskutiert.

Gezielte Anreize zur Motivation

„Wir haben das Gesundheitsprogramm der SVA – ‚Selbständig Gesund‘ – wissenschaftlich begleitet. Dieses Programm basiert auf einem Anreizsystem und belohnt das selbstverantwortliche Engagement für die eigene Gesundheit. Dabei konnten wir belegen, dass gezielte Anreize die Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung deutlich erhöhen und einen echten Anstoß für Lebensstil- und Verhaltensänderungen geben“, so Univ.-Prof. Dr. Gerald Pruckner von der Johannes-Kepler-Universität in Linz. Laut McDonald konnten die Gesundenuntersuchungen bei den SVA-Versicherten im ersten Jahr des Programms um über 40 Prozent gesteigert werden, 46.000 Versicherte nahmen bereits teil. „Mit der aktuellen Studie sind wir me-

thodisch noch einen Schritt weitergegangen. Im Rahmen eines randomisierten Feldexperiments haben wir die Auswirkungen von monetären Anreizen auf das Körpergewicht von übergewichtigen Personen erforscht. Wir wollten wissen, ob die Teilnehmer

gewillt sind, ihr Körpergewicht zu reduzieren, wenn sie dafür finanziell belohnt werden“, so Pruckner. „Das Gewicht ist neben Bewegung, Alkohol- und Nikotinkonsum sowie Blutdruck einer von fünf Treibern von Zivilisationskrankheiten, die jeder selbst



Univ.-Prof. Dr. Gerald Pruckner, Univ.-Prof. Dr. Martin Halla, Mag. Claudia Dannhauser, Mag. Peter McDonald, Prof. Eddy van Doorslaer



Mag. Claudia Dannhauser und Mag. Peter McDonald

Österreichischen Nationalbank. Forschungsfeld war die Sozialversicherung der Selbständigen. Rund 675 SVA-Versicherte aus der Kundenzone in Wien konnten als Probanden für die Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie gewonnen werden. Sie hatten einen durchschnittlichen Body-Mass-Index (BMI) von 32,5, was erheblichem Übergewicht bzw. bereits Adipositas entspricht. Für eine Frau mit 1,65 Metern Körpergröße würde das 88 Kilogramm bedeuten, für einen Mann (1,80 Meter) ein Gewicht von 105 Kilogramm. Ziel der Teilnehmer war es, innerhalb von fünf Monaten mindestens fünf Prozent ihres Körpergewichts abzunehmen – das wären bei einem Mann von 1,80 Metern und 105 Kilogramm etwa fünf Kilogramm. Nach fünf und nach zehn Monaten wurde das Gewicht noch einmal kontrolliert. Die Probanden wurden nach dem Zufallsprinzip in zwei Treatment-Gruppen und eine Kontrollgruppe (300 Teilnehmer) eingeteilt. Die Teilnehmer in der Kontrollgruppe erhielten keinen monetären Anreiz zur Gewichtsreduktion. Sie bekamen nur einen Informationsfolder zum Abnehmen und eine Aufwandsentschädigung, sollten sie zu einer zweiten und dritten Messung erscheinen. „Auch die beiden Treatment-Gruppen mit jeweils rund 175 Probanden erhielten die Aufwandsentschädigung, bekamen aber auch 150 Euro (Behandlungsgruppe 1) oder 300 Euro (Behandlungsgruppe 2) für das Erreichen einer Gewichtsabnahme von mindestens fünf Prozent als Prämie versprochen“, erklärte Halla. Bis zum Ende der Studie stiegen jeweils zwischen 30 und 40 Prozent der Probanden aus.

Die Ergebnisse der Studie

„Die Ergebnisse zeigten klar, dass die Erfolgsquoten in den Treatment-Gruppen signifikant höher waren“, erklärte Halla. Innerhalb der Kontrollgruppe haben 17 Prozent ihr Zielgewicht erreicht. „In der Behandlungsgruppe 1 (150 Euro Prämie; Anm.) waren es 31 Prozent und in der Behandlungsgruppe 2 (300 Euro Prämie; Anm.) waren es 50 Prozent. Die Daten sind eindeutig.“ In der Kontrollgruppe gab es eine durchschnittliche Gewichtsabnahme um rund 1,9 Kilogramm, in den Behandlungsgruppen 1 und 2 waren es jeweils etwa minus 3,3 Kilogramm. „Unter den Probanden, welche die

es ihn überhaupt gibt.“ Die längerfristigen Auswirkungen müssten in weiteren Untersuchungen analysiert werden.

Take the money and run to the bar

Prof. Eddy van Doorslaer, Erasmus School of Economics Rotterdam, kommentierte die Studie. Interessant wäre aus seiner Sicht noch eine Auswertung der Daten nach dem Start-BMI, Alter, Geschlecht und ökonomischen Status. Dies werde, so Halla und Pruckner, noch folgen. Insgesamt müsse man, so Prof. van Doorslaer, in dieser Studie von einer Kurzzeitintervention sprechen. Gesundheitsrelevant wäre aber eine nachhaltige Gewichtsreduktion. Die Tatsache, dass die Verminderung des Alkoholkonsums für einen Teil der Gewichtsabnahme verantwortlich sein dürfte, lasse, so Prof. Doorslaer, an das Motiv „Take the money and run to the bar“ denken. Finanzielle Anreize in

„Wer auf sich und seine Gesundheit schaut, dem soll auch mehr Geld im Börsel bleiben.“

der Vorsorge werden in der Gesundheitsökonomie intensiv erforscht. Zum Nachdenken anregen wollte Doorslaer mit folgender wissenschaftlicher Erkenntnis: Finanzielle Anreize seien in der Gesamtrechnung zwar kosteneffizient, aber nicht kostensparend. Schließlich würden etwa Raucher früher sterben und damit bei ihnen kostenintensive Behandlungen in höherem Alter entfallen. Und eine nachhaltige Lebensstiländerung würde kaum aus finanziellen Gründen, sondern eher aus intrinsischen Motiven gelingen. Nichtsdestotrotz sei er davon überzeugt, dass eine rein ökonomische Sicht auf das Thema Gesundheit nicht ausreiche.

Laut McDonald wird das Programm „Selbständig Gesund“ auf alle Fälle auch weiterhin wissenschaftlich begleitet, um längerfristige Daten über die Auswirkung von finanziellen Anreizen auf das Gesundheitsverhalten zu bekommen. Die Prämisse der SVA: Wer auf sich und seine Gesundheit schaut, dem soll auch mehr Geld im Börsel bleiben. ■

Die Sprecher:

Mag. Peter MCDONALD, Obmann-Stv. der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft
Univ.-Prof. Dr. Gerald PRUCKNER, Institut für Volkswirtschaftslehre an der Johannes-Kepler-Universität Linz
Univ.-Prof. Dr. Martin HALLA, Institut für Finanzwissenschaft der Universität Innsbruck
Prof. Eddy VAN DOORSLAER, Erasmus School of Economics Rotterdam

Moderation:
Mag. Claudia DANNHAUSER



mitbeeinflussen kann“, führt der SVA-Obmann Stv. weiter aus. 40 Prozent der erwachsenen Österreicher sind übergewichtig und zwölf Prozent davon sogar adipös. „Übergewicht ist ein großer Risikofaktor für viele Zivilisationskrankheiten von Diabetes bis zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen“, so McDonald. „Zudem wird jeder dritte Herzinfarkt und jeder vierte Schlaganfall indirekt von Übergewicht verursacht.“ Insgesamt seien 80 Prozent der Krankheitslast maßgeblich vom eigenen Lebensstil und auch vom Gewicht beeinflussbar. „Hier greift die Reparaturmedizin oft zu spät – unser Ziel ist es, vor der Krankheit aktiv zu werden“, so McDonald. Die Ergebnisse der aktuellen Studie sind sehr interessant und bestätigen den Weg, den die SVA seit mittlerweile zwei Jahren geht. Die SVA kümmert sich um die Gesundheit und hilft dabei, mehr gesunde Lebensjahre zu verbringen. Die Versicherten der SVA nehmen dieses freiwillige Angebot mit großem Zuspruch an und profitieren



bei Erreichung individueller Gesundheitsziele auch finanziell.

Damit beschäftigte sich auch die Studie von Univ.-Prof. Dr. Martin Halla (Institut für Finanzwissenschaft der Universität Innsbruck) und Gerald Pruckner und der SVA als Kooperationspartner, finanziert mit Mitteln des Jubiläumsfonds der

höhere Prämie erhielten, kam es auch zu einem Zuwachs an Lebensqualität“, erklärte Pruckner und ergänzte: „Erträge aus einem gesunden Lebensstil können erst viel später, also in einem hohen Alter generiert werden. Bei finanziellen Anreizen hat man die Möglichkeit, Erträge schon jetzt finanziell spürbar zu machen. Entscheidend ist dabei nicht die Höhe des Anreizes, sondern dass



KARIN DUFTNER

Die alte Schafalm in Alpbach: Der Weg ist das Ziel

Die alte Schafalm in Alpbach ist ein ganz besonderes Kleinod im Tal der Denker – ein Zentrum der Kultivierung von Ideen und ein Ort des Aufbruchs. Dass es sie in ihrer heutigen Form – als urige Almhütte im Unter- und Seminarlocation im Obergeschoß – überhaupt gibt, ist Karin Duftner zu verdanken. Dabei ist die Begründerin der alten Schafalm alles andere als ein Herdentier, das stur vorgegebenen Konventionen folgt. In einem persönlichen Porträt dürfen wir unseren Leserinnen und Lesern hier die Frau vorstellen, die der alten Schafalm Seele eingehaucht und sie mit dem Geist der Denker belebt hat. Und nicht zuletzt ist sie diejenige, die in Alpbach für Vielfalt, Bewegung und Stille sorgt.

Von Mag. (FH) Martina Dick

Nach dem Tod ihres Vaters führte Karin Duftner das Romantikhôtel Böglerhof, das ihr noch heute zur Hälfte gehört, alleine. Im Jahr 1990 baute sie den Galtlingstall (Jungviehstall), der rund 150 Meter oberhalb des Hotels liegt, zur „alten“ Schafalm um: unten eine Almhütte, oben ein geräumiger Seminarraum. Die einfache Infrastruktur ist ideal, um in absoluter Ruhe und Konzentration arbeiten zu können. Dazu beflügelt der zauberhafte Ausblick auf das Tal den Geist und vermittelt ein Gefühl der Offenheit und Freiheit.

1979 hatte Karin Duftner den Böglerhof von ihrem Vater Alfons Moser übernommen. Eigentlich wollte sie ja einen ganz anderen Weg einschlagen – und in der medizinischen Forschung tätig werden. Mit der ihr eigenen Energie und ungebremstem Tatendrang hat sie in der Zeit, in der sie den Böglerhof und die dazugehörige Landwirtschaft alleine geführt hat, vieles auf die Beine gestellt. Sowohl im eigenen Betrieb als auch für den Ort Alpbach. 1998 übergab sie dann die Geschäftsführung des Hotels schließlich ihrem Sohn Johannes, der das Haus seitdem gemeinsam mit seiner Frau Michaela leitet. Karin Duftner behielt die Landwirtschaft, die sie auch heute noch passioniert, aber passiv betreibt. Rückblickend betrachtet war der Ausbau der „alten“ Schafalm eine Ablenkung für sie: „Ich hatte damals ein Burn-out. Das Bauen war meine Art, es zu verarbeiten.“ Die Idee dahinter war, fernab vom Hotel einen Tagungsraum zu schaffen. Auch die Tatsache, dass keine ausgebaute Straße hinaufführt, dafür aber zwei Fußwege, gehörte zum Plan: „Die Idylle der Schafalm offenbart sich aus der Ruhe – und diese finden die Tagungsteilnehmer bereits auf dem Weg zur ihr. Bei Schlechtwetter gibt's Gummistiefel zum Ausborgen.“ Dass es Strom auf der Schafalm gibt – nun, auch das war nicht geplant. Aber Stromkabel über 150 Meter am Hang entlang zu legen sei auch nicht Sinn und Zweck der Sache, wie Karin Duftner meint: „Ich habe mich dazu breitschlagen lassen, nachdem ich selbst beim Verlassen des Hauses über das Kabel gestolpert bin.“ So gibt sie auch uns mit auf den Weg, nächstes Jahr doch einfach Specklinsen,

Graukäse und Gerstlsuppe aufzutischen und die Teilnehmer wirklich bei jedem Wetter zu Fuß auf die alte Schafalm gehen zu lassen: „Gummistiefel haben wir für alle genug.“

Alte Schafalm: Feldenkrais, Schamanen und Großstädter

Nach ihrem Rückzug aus der Hotellerie und dem überstandenen Burn-out beschäftigte sich Karin Duftner intensiv mit der Feldenkrais-Methode und ist heute ausgebildete Feldenkrais-Lehrerin. Die alte Schafalm war auch dazu gedacht, hier Seminare abzuhalten und sie als Ausbildungsstätte anzubieten. 1982 fand im Böglerhof der erste Schamanenkongress statt – ein Treffen internationaler Naturheilpraktiker zusammen mit Wissenschaftlern wie Fritjof Capra oder Michael Harner, Pater Steindl und vielen anderen. „Auch sie nutzten die alte Schafalm vor allem für Break-out-Sessions, wie man heute sagen würde“, erklärt Karin Duftner mit einem Augenzwinkern. Dass die PERI Group ihr Gipfeltreffen von 15. bis 17. August dort abhalten durfte, ist wohl auch ihrem Interesse an Medizin und Gesundheit geschuldet. Und der Tatsache, dass sie durch ihren Onkel Simon Moser, der gemeinsam mit

Otto Molden die Collegewochen gegründet hatte, früh mit wissenschaftlichen Themen in Berührung kam. Mit den Wünschen Mosers nach neuen Strukturen an den Universitäten und einem interdisziplinären Austausch ist sie praktisch aufgewachsen: „Früher, als Kind, habe ich immer gesagt, Alpbach wird von den Mo-Mos geleitet – den Mosers und Moldens.“ Diese „Akademikergeschichte“ – das College, wie die eingesessenen Alpbacher das Forum nennen – sei über Alpbach hereingebrochen: „Man hatte damals Hunger hier im Dorf, aber nicht unbedingt auf Wissenschaft und Akademiker!“ Mit dem Forum kommt enorm viel Wissen gratis zu uns nach Alpbach, das müssten wir auch heute noch viel mehr nutzen.“

„Man hatte damals Hunger hier im Dorf, aber nicht unbedingt auf Wissenschaft und Akademiker!“

„Ich habe festgestellt, dass nicht jeder Ruhe und Stille aushält, denn dann wird man mit sich selbst konfrontiert.“



Artenvielfalt, Bewegung und Stille – wie geht das zusammen?

Karin Duftner ist eine Verteidigerin der Artenvielfalt, egal ob es um Weidewiesen, Pflanzen, Tiere oder Menschen geht. Sie erlaubt auf ihren Gründen keine Überdüngung, was in Alpbach nicht unbedingt auf Gegenliebe stößt: „Um mit der Vielfalt umgehen zu können, braucht es Verständnis.“ Auch für die Bauarbeiten zur Erweiterung

des Kongresszentrums hat sie einige Forderungen im Hinblick auf die Ökologie vertraglich festhalten lassen. „Ich mache nur noch Sachen, die mir selbst Freude bereiten, für andere allerdings nicht immer angenehm sind“, erklärt sie. „Jetzt haben wir uns aber geeinigt und ich freue mich

auf den Bau und noch mehr auf das Thema vom nächsten Jahr.“ Die Liebe zur Artenvielfalt ist eine Sache, die sie unter anderem mit Sir Karl Popper verbunden hat. Dieser war für Karin Duftner eine der faszinierendsten Persönlichkeiten rund um das Forum. „Ich habe mir so gewünscht, dass er wieder nach Österreich zurückkehrt. Nach dem Tod seiner Frau hier in Alpbach dachte ich, jetzt sei es der richtige Moment, ihn zum Dableiben zu bewegen. Aber leider ...“, erinnert sich Karin Duftner. Über ihre wiederholten kleineren Kämpfe mit Popper erzählt sie: „Einmal bin ich in einem seiner Collegekurse eingeschlafen, da hat er mich rausgeschmissen. Er wusste, dass ich die ganze Nacht durchgearbeitet hatte, aber dennoch.“ Als sie Popper einmal besuchte, hielt der eine Überraschung für sie bereit: „Er hat mich an der Hand genommen und gesagt, er müsse mir hinter dem Haus etwas zeigen. Da gab es eine wunderbare brachliegende Wiese. Eine Wiese mit nur ‚Unkraut‘ und Popper sagte, dass er sich hier seine ganze Kraft herhole.“ Es sei etwas Wunderbares, wenn sich die Natur in ihrer ganzen Vielfalt frei entwickeln darf – ohne Zwang durch den Menschen. Über die Jahre hatten sich Popper und Duftner aus den Augen verloren, dennoch hat er sich am Tag vor seinem Tod telefonisch von ihr verabschiedet und ihr für ihre Freundschaft gedankt.

Alpbach sei aus ihrer Sicht ein Ort, in dem in kurzer Zeit extrem viel passiere. Um ein wenig Einkehr zu bieten, hat Karin Duftner unweit des Kongresszentrums den Ort der Stille – ein Dach für alle Religionen – errichtet: „Ich habe festgestellt, dass nicht jeder Ruhe und Stille aushält, denn dann wird man mit sich selbst konfrontiert.“ Das Tolle an Alpbach sei auch, dass sich hier so viele Menschen aus unterschiedlichen Welten austauschen können. Sie hat viele Anekdoten auf Lager wie zum Beispiel jene von einer 106 Jahre alten Bäuerin, die von Wilhelm Molterer nach ihrem Geheimrezept für ein langes Leben gefragt wurde. Ihre Antwort: „Immer das machen, was man gern tut. Nur sterben darf man nicht!“

Viele Pläne

Karin Duftner hat noch viele Pläne: So sollen einmal die sieben Todsünden, als Skulpturen dargestellt, zwischen dem Ort der Stille und der Lesestube stehen. Für die Umsetzung sucht sie derzeit einen Künstler. Dass das alte Hallenbad in Alpbach leer steht, findet sie sehr schade. „Es könnte so ein toller Platz sein für die Jugendlichen hier im Ort und für die internationalen Studenten im Sommer.“ Es wäre ihr wichtig, dass jemand Geld in die Hand nimmt, das Gebäude revitalisiert und wieder sinnstiftend nutzt – um die Jugendlichen und Kinder aus dem Dorf, die Flüchtlingskinder oder die Studenten besser zu integrieren, ihnen Werte beizubringen, ihnen Hoffnung zu geben. Ein aktuelles Projekt ist auch die Arbeit an einem Amphitheater über der „alten“ Schafalm. Die Bäume an der ausgewählten Stelle wurden bereits gefällt, nun sollen hier ein Theater und eine Theaterwerkstatt entstehen: „Der Platz ist so herrlich, besonders bei Schönwetter. Und im Hintergrund die wunderbare Kulisse von Alpbach ...“

Die PERI Group bedankt sich – auch im Namen der rund 60 Teilnehmer – herzlich, dass die alte Schafalm für die Gipfelgespräche 2014 genutzt werden durfte. Alle Anwesenden waren von der Atmosphäre und der Qualität der Gespräche, die als wesentlich offener, konzentrierter und konstruktiver erlebt wurden, beeindruckt. Und so hat jeder die Seele dieses besonderen Ortes erleben und für sich ein Stückchen davon aus Alpbach mitnehmen können! ■

„Über komplexe Verbindungen aufklären“

Dem Gesundheitsjournalismus kommt eine wachsende Bedeutung zu. Verantwortlich dafür sind vor allem drei Entwicklungen: Die Gesundheitspolitik ringt um Reformen, das Gesundheitsbewusstsein vieler Menschen nimmt zu und der Gesundheitsmarkt boomt. Das PERISKOP bat Dr. Alexandra Förderl-Schmid, Chefredakteurin und Co-Herausgeberin der Tageszeitung DER STANDARD, zum Gespräch.

Von Mag. (FH) Martina Dick

P: Wie positioniert sich DER STANDARD im Hinblick auf das Trendthema Gesundheit?

Förderl-Schmid: Zu den journalistischen Aufgaben zählen, neben der Thematisierung der Politik, auch die konkrete Gesundheitsberichterstattung. Für den STANDARD hat das Thema Gesundheit einen hohen Stellenwert. Es gibt eine wöchentliche Gesundheitsseite, ein großes Online-Portal und einmal im Jahr das Magazin „Cure“, das sich mit dieser Institutionsebene beschäftigt.

P: Wie sehen Sie die Rolle des STANDARD im Hinblick auf Gesundheit und Soziales in Österreich?

Förderl-Schmid: Wir leben in einem immer komplexer und undurchschaubar werdenden System. Genau diese Komplexität betrifft viele Bereiche des gesellschaftlichen Lebens. Als Bürger ist man mit diesen Zusammenhängen überfordert, die oft nur noch von absoluten Spezialisten durch- bzw. überblickt werden können. Eine Aufgabe des Journalismus ist, Licht ins Dunkle zu bringen und den Bürger über komplexe Verbindungen und verschiedenste Systemfragen aufzuklären. Die Leser sollen darüber informiert werden, wer wofür zuständig ist, wie die verschiedenen Bereiche, Personen und Institutionen zusammenhängen. Informationen mit hohem Servicecharakter, wie und wo kann ein bestimmter Antrag gestellt werden, erlangen hohe Bedeutung. In Österreich spielt auch das föderalistische System eine große Rolle. Zum Beispiel im Pflegebereich, der unterschiedlich geregelt und schwer zu durchblicken ist. Eine publizistische Aufgabe lautet daher, diesen Bereich für die Leser durchschaubarer und auch medizinische Themen verständlich aufzubereiten.

P: Ist eine Trendwende in der Gesundheitsberichterstattung zu erkennen und verändert sich auch die Leserschaft?

Förderl-Schmid: Ja, es gibt eine Veränderung, die sich besonders im Online-Bereich abzeichnet. Hier haben wir über die Jahre eine intensive Interaktion mit den Lesern

aufgebaut. Die User können ihre Kommentare und Erfahrungsberichte verfassen, auf der anderen Seite können die Redakteure auf die spezifischen Leserbedürfnisse und -wünsche eingehen, Anregungen aufnehmen und diese miteinbeziehen. Zunehmend spüren wir, dass für den journalistischen Bereich, besonders in der Gesundheitsberichterstattung, Spezialisten notwendig sind, die die Feinheiten des komplexen Systems kennen. In der STANDARD-Redaktion gibt es Redakteurinnen die sich speziell mit dem politischen und Institutionsbereich der Sozialversicherung beschäftigen. Geschehnisse im Gesundheitswesen haben in weiterer Folge auch Auswirkungen auf das Pensionssystem, auf den

Bereich der Pflege und viele andere gesellschaftliche Bereiche. Hier kommt dem Journalismus eine wesentliche Kernaufgabe zu, in dem dieser komplizierte Zusammenhänge aufzeigt und mögliche Lösungsvorschläge anbietet.

P: Hoher Aktualitätsdruck, wachsende Informationsflut im Internet wirken sich auf die Übersichtlichkeit aus. Welche Rolle kann eine Tageszeitung heute einnehmen, um Orientierung zu bieten?

Förderl-Schmid: Natürlich gibt es einen Aktualitätsdruck, besonders aus dem politischen Bereich. Doch auch im Gesundheitsbereich werden die aktuelle Situation und Vorkommnisse berücksichtigt: es muss genau darauf geachtet werden, welches Thema, zu welchem Zeitpunkt, an welcher Position veröffentlicht werden soll. Es stellt sich die Frage, wie mit den Themen in der bestmöglichen journalistischen Form umgegangen wird. Im Online-Portal kann man schnell reagieren und eine Fülle von verschiedensten Angeboten und Informationen anbieten. In der Printausgabe werden die Hintergrundinfos geliefert und verschiedene journalistische Formen

„Wir möchten kein Beratermedium sein, auch nicht im Gesundheitsbereich, das Anweisungen für die Leser publiziert, sondern aufklären, informieren und den Qualitätsstandard halten.“



ausprobiert, die stärker zur Geltung kommen wie Reportagen mit Seriencharakter.

P: Wie und in welcher Form differenziert sich DER STANDARD zu anderen Medien des Landes im Hinblick auf die Gesundheitsberichterstattung?

Förderl-Schmid: Das ist einerseits der bereits angesprochene Online-Bereich: Besonders die Gesundheitsberichterstattung wird sehr stark genutzt. Die Leser fühlen sich wirklich angesprochen, das zeigen auch die Klick-Raten. Andererseits steht DER STANDARD für ein Qualitätsmedium. Wir möchten kein Beratermedium sein, auch nicht im Gesundheitsbereich, das Anweisungen für die Leser publiziert, sondern aufklären, informieren und den Qualitätsstandard halten.

P: Wie wirkt sich aus Ihrer Sicht der in Österreich oft spezifische Umgang von Politikern, Wirtschaftstreibern und Journalisten auf die Berichterstattung aus?

Förderl-Schmid: Es gibt einen spezifischen Umgang zwischen Politik und Wirtschaftstreibern – das Wort „Verhaberung“ gibt es eben nur in Österreich. Es beschreibt das typisch österreichische System: jeder kennt

jeden und man kann es sich oft ein bisschen einfacher machen. Mir sind klare Regeln, wie sich ein Journalist zu verhalten hat, ein Anliegen. In Deutschland gibt es einen einfachen Journalismus-Ethik Code, an den man sich hält, auch ohne gesetzliche Regelung. Eine Branchenregelung für alle Medien war leider nicht möglich, deshalb sind der Standard, die Presse und das Wirtschaftsblatt vor einem Jahr, im Juni 2013, vorgeprescht mit öffentlich deklarierten Regeln. Wir wollten ein Zeichen für eine journalistische Selbstkontrolle setzen und hoffen bis heute, dass sich viele andere Medien uns anschließen. Bisher ist uns nur der Wirtschaftsverlag gefolgt.

P: Wie beurteilen Sie aus medialer Sicht das Spannungsfeld zwischen europäischen Entscheidungen und deren Umsetzung auf nationalstaatlicher Ebene?

Förderl-Schmid: Aus meiner vierzehnjährigen Erfahrung in Berlin und Brüssel weiß ich, dass auch die europäischen Systeme sehr komplex sind. Meiner Meinung nach mangelt es an der Kommunikation in und aus Brüssel. Es wird viel zu wenig deutlich gemacht, dass die Entscheidungen, die dort getroffen werden, auch Auswirkungen – positiv und negativ – auf jeden einzelnen EU-Bürger haben. Ein Beispiel

DR. ALEXANDRA FÖDERL-SCHMID
Chefredakteurin Der Standard

sind die Verbraucherkennzeichnungen auf Verpackungen: eigentlich etwas Positives für die Verbraucher, dennoch bleibt den Menschen nur eine weitere Regulation durch Brüssel im Gedächtnis. Ein bürgernahe Ansatz, der bei den Menschen so aber gar nicht ankommt. Hier hat Brüssel ein starkes Kommunikationsdefizit. Andererseits wird „Brüssel“ von heimischen Politikern oft als Ausrede gewählt, um unbeliebte Entscheidungen von sich zu weisen – obwohl immer auch ein österreichischer Vertreter mitentscheidet. Prinzipiell finde ich es richtig, dass man stärkere, einheitliche Ansätze sucht. Das zeigt sich deutlich am Thema Rauchen bzw. am Rauchverbot, das in Österreich nicht umgesetzt wurde. Meiner Meinung müsste die EU bei solchen ‚Fehlritten‘ schärfer durchgreifen und auf das beschlossene Verbot verweisen. Vergleichszahlen sind in einer Gemeinschaft wie der EU ein guter Weg, um auf Miss- oder Rückstände hinzuweisen. Als Journalisten versuchen wir deutlich zu machen, dass Österreich nicht der Mittelpunkt ist, sondern dass man auf die Gemeinschaft, die uns umgibt, Rücksicht nehmen und sich integrieren muss.

P: Was ist für Österreich essentiell, um Teil eines starken Europas zu werden?

Föderl-Schmid: Österreich sollte viel mehr Selbstbewusstsein entwickeln – wir haben sehr viel zu bieten, können historische und

wirtschaftliche Kenntnisse, Erfahrungen sowie Innovationen einbringen. Unsere geographisch bedingte spannende Mittler-Position wird, meiner Meinung nach, viel zu wenig genutzt. Als kleines Land könnte Österreich Vorschläge einbringen, die ein großes Land, auf Grund anderer machtpolitischen Gesichtspunkte, nicht einbringen kann: Luxemburg hat trotz seiner Kleinheit eine sehr starke politische Position in der EU. Aus meiner Erfahrung in Deutschland zeigt sich der Unterschied im europäischen Denken besonders in der Pro-Europa-Einstellung eines Landes. Man betrachtet sich immer, auch politisch, als Teil des Ganzen, als Teil Europas. Diese Sichtweise fehlt in Österreich. Zu dieser Einstellung trägt die einseitige Berichterstattung mancher Medien bei, die bewusst ein „die“ und „wir“ Gefühl herbeiführen. Wir benötigen ein stärkeres Europa-Bewusstsein, auch im Bereich gewisser Eliten!

P: Wie beurteilen Sie aus Ihrer persönlichen Sicht das österreichische Gesundheitssystem?

Föderl-Schmid: Die Koordination auf nationaler Ebene ist ein wichtiger Bereich, das in den Bundesländern herrschende „Kirchturmspitzen-Denken“ zurückzudrängen. Im Vergleich zum deutschen oder belgischen System ist das österreichische Gesundheitswesen aus meiner Sicht aber das

Beste. Die Gesundheitsreform halte ich für einen wichtigen Schritt, der zu einer weiteren Verbesserung führen wird.

P: Wie schätzen Sie die nähere Zukunft Österreichs als Wirtschaftsstandort ein?

Föderl-Schmid: Österreichs Wirtschaft ist stark mittelständisch geprägt, das verschafft Flexibilität. Hinzu kommt noch eine typische Mentalität, die uns in wirtschaftlichen Beziehungen zugutekommt. Diese ist besonders in Osteuropa hilfreich. Als Zulieferer verschiedener Branchen und Bereiche sind wir von anderen Ländern abhängig. Hinzu kommt die Sandwich-Position zwischen Deutschland und Osteuropa: In Deutschland gibt es sehr viele Reformen, sie regeln und verbessern das Wirtschaftssystem. Osteuropa jedoch hat in wirtschaftlicher Hinsicht größere Probleme. Die Goldgräber-Stimmung in Osteuropa ist vorbei und so zeigt sich jetzt auch die Kehrseite dieser Entwicklungen. Da wir uns sehr stark exponiert haben, werden die nächsten Jahre sicherlich sehr spannend. Man ist nach den Krisenerfahrungen in den Jahren 2008/2009 generell sehr vorsichtig und wartet lieber ab, wie sich die Wirtschaft entwickelt. ■

BioBox:

Die gebürtige Oberösterreicherin Dr. Alexandra Föderl-Schmid besuchte 1989 die Journalistenschule (Heute: OÖ Journalistenakademie) in Wels und begann im selben Jahr ihr Studium an der Universität Salzburg in den Fachrichtungen Publizistik, Politik und Geschichte. Am 6. Juni 1990 erschien ihr erster Artikel im STANDARD als Innenpolitik-Journalistin. Von 1993 bis 1998 war sie Deutschland-Korrespondentin für den STANDARD und ab dem Jahre 1999 als Sonderkorrespondentin auch in Krisengebieten wie Afghanistan, Georgien, Venezuela, Israel und im Palästinensergebiet. Von 2005 bis 2006 war Alexandra Föderl-Schmid EU-Korrespondentin des STANDARD in Brüssel. 2006 wechselte sie als Leiterin des Wirtschaftsressorts nach Wien. Am 1. Juli 2007 wurde sie als erste Frau Chefredakteurin einer österreichischen Tageszeitung. Seit 2012 ist sie Co-Herausgeberin des STANDARD. Nach der Zusammenlegung von Print- und Onlineredaktion 2013 leitet sie die gesamte Redaktion.



Ärztinnen und Ärzte für Niederösterreich

Für die NÖ Landeskliniken-Holding steht die Sicherung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung an oberster Stelle. Mit dem klinisch-praktischen Jahr, den drei Universitätskliniken und der Karl Landsteiner Privatuniversität ist der Boden für die dafür benötigten Ärztinnen und Ärzte bereitet.



Wer wird uns in Zukunft medizinisch versorgen? Werden wir genug Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen haben, um eine sichere und qualitätsvolle medizinische Versorgung der Bevölkerung in Niederösterreich zu gewährleisten – und zwar nicht nur in den Ballungsräumen, sondern auch in den Kliniken der Peripherie? Wie nutzt man die knapper werdende Ressource an Medizinerinnen und Medizinern optimal? Und was muss geschehen, damit genug Menschen Ärztinnen bzw. Ärzte werden und in Niederösterreich arbeiten wollen?

Diesen Fragen stellt sich die NÖ Landeskliniken-Holding seit Jahren intensiv. Der größte Klinikenbetreiber Österreichs, gegründet 2005, investiert auf vielfältige Art und Weise in die Sicherung der medizinischen Versorgung – durch Förderung von Medizinstudierenden ebenso wie durch deutliche Verbesserung der Entlohnung, Reduktion der Arbeitszeiten, hochwertige Weiterbildungsangebote und laufende Optimierung der Arbeitsbedingungen.

Wichtig ist es der NÖ Landeskliniken-Holding und dem Eigentümer Land NÖ, dass in allen Häusern „State of the Art“ gearbeitet wird. Deshalb entstand bereits vor Jahren an der Donau-Universität Krems das Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie, das auch die österreichische Cochrane-Zweigstelle beherbergt. Schwerpunkte für Spezialisierungen in den einzelnen Landeskliniken zu setzen ist ebenfalls Teil einer Strategie der NÖ Landeskliniken-Holding, um neben der bestmöglichen Versorgung der Bevölkerung auch den Ärztinnen und Ärzten attraktive Arbeitsplätze zu bieten. So entwickeln sich in Landeskliniken an der Peripherie weit über die Landesgrenzen hinaus anerkannte Zentren wie etwa der Augenfachschwerpunkt in Waidhofen a. d. Ybbs, die Psychiatrien in Hollabrunn und Waidhofen a. d. Thaya oder das Landeskrankenhaus Wiener Neustadt als Onkologisches Zentrum nahe dem Zukunftsprojekt Krebsforschungs- und Krebstherapiezentrum für Ionen- und Kohlenstoffionentherapie MedAustron.

Ein weiterer wichtiger Schritt zur Sicherung der medizinischen Versorgung ist das

Engagement als Ausbildungsstandort der MedUniWien, ein anderer die Gründung der Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften am Campus Krems sowie die Umwidmung der Landeskliniken-Standorte St. Pölten, Krems und Tulln zu Universitätskliniken.

Das klinisch-praktische Jahr an den NÖ Klinikstandorten

Einen wesentlichen Beitrag zur Sicherung des Ärztinnen-und-Ärzte-Nachwuchses sehen die NÖ Klinikstandorte im Engagement für das klinisch-praktische Jahr (KPJ), das im Studienjahr 2014/15 erstmals Bestandteil des Ausbildungscurriculums der Medizinischen Universitäten Österreichs ist: Trotz des damit verbundenen zusätzlichen Aufwands bieten die Abteilungen an den NÖ Klinikstandorten seit Anfang August an fast allen Standorten insgesamt 235 KPJ-Ausbildungsplätze für Studierende der Humanmedizin der MedUniWien an. Im sechsten Studienjahr sollen sie die in den vorangegangenen fünf Jahren erworbenen Kenntnisse, Fertigkeiten und ärztlichen Haltungen im Routinebetrieb der Spitäler vertiefen und sich professionelles Handeln als Ärztin oder Arzt aneignen sowie ihre Kompetenzen im problemorientierten Denken und evidenzbasierten Handeln erweitern. Damit erwerben sie sich unter Anleitung erfahrener Ärztinnen und Ärzte die Befähigung zur postpromotionellen Aus- und Weiterbildung.

Um die hohen Anforderungen an die Ausbildungsqualität zu gewährleisten, haben sich zahlreiche Abteilungsleiterinnen und -leiter an den NÖ Klinikstandorten zu Mentorinnen und Mentoren für Studierende im KPJ ausbilden lassen. Fast alle Standorte sind bereits akkreditierte Lehrkrankenhäuser der MedUniWien.

Basis für die zu erlernenden Fähigkeiten ist der Kompetenzlevelkatalog, der von allen heimischen Medizin-Unis approbiert ist und auf den sich die Curriculumsdirektoren der drei öffentlich-rechtlichen Medizinischen Universitäten geeinigt haben.

Das KPJ umfasst 48 Wochen und sieht die aktive Teilnahme der Studierenden am klinischen Alltag vor – samt Betreuung und Führung der Patientinnen und Patienten unter Anleitung. Auch regelmäßige Fortbildungen sind vorgesehen, ebenso die Lernerfolgskontrolle durch mündliche Prüfungen, Beurteilung der praktischen Fertigkeiten und erlernten Fähigkeiten sowie regelmäßige Gespräche mit den Mentorinnen und Mentoren in den einzelnen Abteilungen. Die Studierenden werden in Behandlungs-

teams integriert und müssen unter Anleitung reale Aufgaben im klinischen Alltag lösen.

Das KPJ teilt sich in drei Tertiale zu je 16 Wochen:

- Das KPJ-Tertial A „Innere Medizin“ umfasst sämtliche Disziplinen dieses Sonderfachs.
- Das KPJ-Tertial B „Chirurgische und perioperative Fächer“ umfasst sämtliche schneidende Disziplinen sowie Anästhesie und Intensivmedizin, wobei die Anästhesie maximal 8 Wochen lang dauern darf und mit einem chirurgischen Fach kombiniert werden muss.
- Im KPJ-Tertial C „Wahlfächer“ können alle zur Fachärztinnen- bzw. Facharzt Ausbildung berechtigten Fächer gewählt werden, sofern sie nicht bereits in den Tertialen A und B absolviert wurden. Dabei können auch zwei Fächer zu zwei mal acht Wochen absolviert werden. Die nichtklinischen Fächer wie Radiologie, Labormedizin oder Pathologie dürfen maximal für acht Wochen gewählt werden und müssen mit einem zweiten Fach kombiniert werden.

Um die hohen Anforderungen an die Ausbildungsqualität zu gewährleisten, haben sich zahlreiche Abteilungsleiterinnen und -leiter an den NÖ Klinikstandorten zu Mentorinnen und Mentoren für Studierende im KPJ ausbilden lassen. Fast alle Standorte sind bereits akkreditierte Lehrkrankenhäuser der MedUniWien.

Nachwuchs durch qualitätsvolle Aus- und Weiterbildung sichern

Für die zahlreichen Abteilungen der Lehrkrankenhäuser der MedUni Wien in NÖ bedeutet dieses Engagement in der Ausbildung des Nachwuchses viel zusätzliche Arbeit, aber auch die Hoffnung, künftig gute Ärztinnen und Ärzte an die Abteilungen zu binden, die diese in ihrer Ausbildungszeit kennengelernt haben. Die Abteilungen müssen für das KPJ eine Reihe von Voraussetzungen und unter anderem folgende Vorgaben der MedUniWien erfüllen und garantieren: Jedes Lehrkrankenhaus hat eine Studienkoordinatorin/einen Studienkoordinator, jedes teilnehmende Fach eine Fachkoordinatorin/einen Fachkoordinator. Für die Betreuung der Studierenden stellen sie in den einzelnen Abteilungen speziell ausgebildete Mentorinnen/Mentoren bereit, die ein Trainingsprogramm der Medizinischen Universitäten durchlaufen haben. Viele Abteilungsleiterinnen und -leiter stehen als Mentorinnen und Mentoren zur Verfügung, ebenso viele der lei-

tenden Oberärztinnen und -ärzte sowie oft mehrere Fachärztinnen und -ärzte pro Abteilung, denn für jeden und jede der Studierenden sind eine Mentorin oder ein Mentor und eine stellvertretende Mentorin oder ein stellvertretender Mentor gefordert.

Die NÖ Lehrspitäler stellen den Studierenden Verpflegung und Dienstkleidung kostenlos zur Verfügung. Die jeweilige Lehrabteilung sorgt für die nötige EDV-Infrastruktur, wie sie auch den ärztlichen Mitarbeiterinnen und -mitarbeitern zusteht, Fachliteratur, Sozialräume und Dienstzimmer. Sie garantiert die strukturierten und standardisierten Überprüfungen des Lernerfolgs und ihre Dokumentation im Logbuch der Studierenden.

Gesundheitswissenschaften an der Karl Landsteiner Privatuniversität

Die nach dem Entdecker der Blutgruppen und Medizin-Nobelpreisträger Karl Landsteiner (1868–1943) benannte Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften am Campus Krems (KL) bildet seit vergangener Herbst die ersten Studierenden aus, und zwar mit einem Bologna-konformen Angebot in den Fächern Gesundheitswissenschaften, Humanmedizin, Psychotherapie und Beratungswissenschaften sowie Neurorehabilitationswissenschaften. Gleichzeitig will sich die KL intensiv um das Thema Forschung kümmern. Das völlig neu konzipierte praxisbezogene Medizinstudium stützt sich dabei nach drei Jahren theoretischer Ausbildung in Krems auf die dreijährige praktische Ausbildung an den Standorten St. Pölten, Krems und Tulln. Diese sind nun Lehr- und Forschungsstandorte der KL und im Herbst 2016 startet hier die komplett neue praktische Ausbildung.

Ab Beginn der Planung der KL beteiligten sich Expertinnen und Experten der Landeskliniken-Holding und der Kliniken an der Entwicklung ihres Curriculums. Seit dem Studienbeginn im Herbst 2013 unterrichten Ärztinnen und Ärzte der Kliniken auch an der KL. Die Studierenden können die Pflichtfamulaturen an allen Klinikstandorten in Niederösterreich absolvieren. 2013 starteten 28 Studierende, heuer im Herbst werden 50 weitere anfangen und im Herbst 2015 ist der Beginn von ca. 75 Studierenden geplant.

Zahlreiche weitere Bausteine

All diese Neuerungen sind Teil der Strategie der NÖ Landeskliniken-Holding zur Sicherung der künftigen Versorgung der Kliniken mit den benötigten Ärztinnen



Ass. Dr. Peter Novak, Zentralröntgeninstitut für Diagnostik, Interventionelle Radiologie und Nuklearmedizin, Landeskrankenhaus Wr. Neustadt

und Ärzten. Zu nennen ist auch die laufende Qualitätsarbeit in den ärztlichen Fachgremien, die nicht zuletzt der Ausbildung sämtlicher Medizinerinnen und Mediziner an den Klinikstandorten zugutekommt.

Doch das ist noch nicht alles: Künftig sollen auch folgende Initiativen der NÖ Landeskliniken-Holding und des Landes NÖ bei der Gewinnung des benötigten Ärztinnen-und-Ärzte-Nachwuchses helfen:

- „NÖ studiert Medizin“ soll Maturantinnen und Maturanten von der Attraktivität des Ärztinnen-und-Arzt-Berufs in NÖ überzeugen. Hierzu gibt es spezielle Informationsschreiben und -veranstaltungen.
- Jahr für Jahr fördern das Land und die NÖ Landeskliniken-Holding einen Vorbereitungskurs für den Aufnahmetest zum Studium der Humanmedizin. Dieses Angebot haben seit 2012 bereits mehr als 300 junge Menschen in NÖ genutzt.
- Um ausreichend Turnusärztinnen und -ärzte zu gewinnen – derzeit sind im Schnitt 530 in den NÖ Klinikstand-

orten im Einsatz –, gibt es zahlreiche Maßnahmen. So wurden deren Tätigkeiten durch die IMC Fachhochschule Krems evaluiert.

- Auf Jungmedizinerinnen-und-Jungmediziner-Messen wie DocJobs Karrieretage, MedProgress oder MedSuccess präsentieren sich die Personalabteilungen des Landes NÖ sowie die NÖ Landeskliniken-Holding als Arbeitgeber und unterstützen die Medizinerinnen und Mediziner von morgen durch Bewerbungscoachings.
- Alle Turnusärztinnen und -ärzte können den Service des Informationszentrums des Departments für Evidenzbasierte Medizin an der Donau-Universität Krems für spezielle Literaturrecherchen nutzen.
- Auch Turnusärztinnen und -ärzte haben die Chance auf Kostenersatz für Fortbildungen aus der jährlichen Ausbildungsmillion des Landes NÖ. Sie werden für bis zu 15 Bildungstage pro Jahr vom Dienst freigestellt.
- Durch Rotation der Turnusärztinnen und -ärzte innerhalb der fünf Versor-

gungsregionen ist eine umfassende Ausbildung gesichert.

- Schrittweise führen die NÖ Klinikstandorte das Projekt „Ausbildungszimmer“ ein, damit Turnusärztinnen und -ärzte selbstständig unter Supervision von Fachärztinnen und -ärzten eigene Fälle führen.
- Um Turnusärztinnen und -ärzten ausreichend Ausbildungszeiten zur Verfügung zu stellen, engagieren sich Land NÖ und NÖ Landeskliniken-Holding im Gesundheitsministerium für eine Flexibilisierung der Ärztinnen-und-Ärzte-Ausbildung hinsichtlich der Kernarbeitszeit, damit außerhalb des Hochbetriebs am Vormittag genug Ausbildungszeit bleibt.

All diese Maßnahmen, gemeinsam mit den neuen Ausbildungsmöglichkeiten und der ständigen Weiterentwicklung der Versorgungsqualität an den NÖ Klinikstandorten, gestützt durch zahlreiche Qualitätsinitiativen, dienen der Sicherung der künftigen medizinischen Versorgung in Niederösterreich.

Informationen:

www.lknoe.at
www.kl.ac.at
www.noe-studiert-medizin.at

NÖ Landeskliniken-Holding

Die NÖ Landeskliniken-Holding, gegründet 2005, ist der größte Klinikbetreiber Österreichs. Sie vereint alle Kliniken unter ihrem Dach. Mit 27 Klinikstandorten garantiert sie durch wohnortnahe Gesundheitsleistungen eine optimale Versorgung auf höchstem Niveau.

Eckdaten: 385.000 stationäre Patientinnen und Patienten pro Jahr, 170.000 Operationen, insgesamt 2,24 Mio. Belegstage, 8000 Betten, rund 20.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, davon 3500 Ärztinnen und Ärzte sowie rd. 10.200 Pflegekräfte.

Mehr: www.lknoe.at

Führungskraft 4.0: „Jede Generation braucht eine Revolution“

Seit ihrer Gründung 1848 ist „Die Presse“ eine der größten Qualitätszeitungen Österreichs. Rainer Nowak schreibt seit 1995 für sie, 2009 wurde er redaktioneller Leiter der „Presse am Sonntag“. Mit Ende 2010 übernahm er die Leitung des Innenpolitik-Ressorts, 2012 wurde er Chefredakteur. Nun ist er seit Oktober dieses Jahres auch Herausgeber. Im Interview mit dem PERISKOP spricht er über den neuen Weg seines Mediums im Umgang mit den Herausforderungen und Aufgaben durch den gesellschaftspolitischen Wandel.

Von Karin Schneck, BA und Claudia Bandarra bakk.phil.

P: Sie waren auch als Moderator beim Europäischen Forum Alpbach 2014 engagiert, welchen Eindruck haben Sie aus den Gesprächen mitgenommen? Was war für Sie besonders spannend?

Nowak: Das Thema „At The Crossroads“ trifft die aktuelle Weltlage sehr gut – wir sind auf einem Scheideweg. Wir befinden uns in einer langen strukturellen Krise und haben es mit vielen Umwälzungen und Umstrukturierungen sowie einer radikalen digitalen Revolution zu tun, die neue Fragen aufwirft, auf die wir noch keine Antworten haben. Naive Menschen würden sagen: „Das ist es, was unsere Zeit so spannend macht.“ Kulturpessimisten würden meinen: „Das macht unsere Zeit so schwierig.“ Ich sehe es als Arbeitsauftrag, mehr über die ungeklärten Fragen nachzudenken und mir den Kopf zu zerbrechen, welche Lösungen es geben bzw. wie man mit diesen Problemen umgehen könnte. Es beginnt bei der klassischen digitalen Revolution 4.0 von 3-D-Druckern bis hin zu Drohnen, die uns Konsumgüter bringen können. Mit diesen Veränderungen werden jene Geschäftsmodelle, die wir in Europa kennen, ausgehebelt und hinterfragt. Auch wenn sich Europa noch gegen diese Bewegung wehrt, muss ein neues Denken in diesem Bereich beginnen. Die Notwendigkeit, auf die Veränderung einzugehen, ist in unserem Land noch nicht in der Wirklichkeit angekommen. Wir drücken erstmal lieber die Pausentaste, bevor wir auf Trends reagieren. Geopolitisch gesehen, erleben wir eine Rückkehr in längst verdrängte Zeiten, denn es entstehen wieder weltumspannende Kriegskonflikte. Gerade das Europäische Forum Alpbach wird begleitet vom Spirit, den Kalten Krieg mitbeendet zu haben und an der europäischen Nachkriegsordnung maßgeblich beteiligt gewesen zu sein. Seit seiner Gründung 1945 hat es sich aber immens verändert. Zwischendurch wurde es mehr zu einem Networking-Event und zu wenig ein „Think-Tank“. Franz Fischler und Erhard Busek haben zuletzt aber enorme Anstrengungen dagegen unternommen.

P: „Die Berufung in diese verantwortungsvolle und repräsentative Position ist Ausdruck der besonderen Wertschätzung Rainer Nowaks. Er gibt der Marke ‚Die Presse‘ Stimme und publizistische Linie“, so Styria-Vorstandschef Mair. Sie sind seit Oktober 2014 – neben Ihrer

Position als Chefredakteur – auch Herausgeber von „Die Presse“. Wie möchten Sie das Medium positionieren? Gibt es Pläne, Ressorts oder Themenfelder auszubauen?

Nowak: Tatsächlich sind wir crossmedial bereits sehr gut aufgestellt. Print- und Digitalbereich wurden schon 2013 miteinander verbunden. Gerade im Rahmen von Alpbach hat sich gezeigt, dass bei uns die Kombination aus Print und Digital gut funktioniert. Dieses kombinierte Arbeiten läuft schon fast von alleine. Für die Zukunft planen wir den Ausbau einiger Ressorts und möchten die Sonntagszeitung verstärken. Wie ich mit großer Freude vernommen habe, hat „Der Standard“ seine Samstagsausgabe auch leichter und bunter gestaltet. Hier hat er sich wohl an unserer Sonntagszeitung orientiert. Es freut mich, dass wir hier etwas geschaffen haben, was anscheinend auch der Konkurrenz gefällt. Natürlich wird es auch neue Produkte geben. Als größte Qualitätszeitungsredaktion werden wir weiterhin eine Tageszeitung, einen Digitalauftritt und Mobiltelefone beinhalten, verschiedene Beilagen gestalten und Themen tiefgreifender behandeln, beispielsweise im „Spectrum“. Vielleicht werden auch weitere Beilagen zum Thema Lifestyle oder Geschichte gestaltet. Der Startschuss fällt im Herbst, mehr darf ich allerdings noch nicht verraten.

P: In einem Fernsehinterview aus 2013 bestritten Sie ein Zeitungssterben. Wie sieht Ihre Position dazu heute aus?

Nowak: Meiner Meinung nach werden nicht mehr Zeitungen auf dem Markt sein und es wird auch keine Zeitungsrenaissance geben. Aber die Zeitung und die Journalisten werden wieder bessere Zeiten sehen. Es wird neue Medien geben, die mit einer Zeitung von heute nichts mehr zu tun haben, die virtuell bzw. digital erscheinen werden. Eines kann ich versprechen: „Die Presse“ wird als Printmedium bestehen bleiben. Wir sind nicht umsonst auch eine der ältesten Zeitungen Österreichs.

P: Welchen Stellenwert haben die Agenden rund um das Thema „Gesundheit und Medizin“ darin?

Nowak: Gesundheitsthemen sind für uns sehr relevant. Es gibt

Gesundheitsjournalisten und Gesundheitsseiten. Für mich ist es auch wichtig, Leser abseits von „Erkrankungsthemen“ ein Service zu bieten, damit sie wissen, wie sie sich über Gesundheits- und Krankheitsthemen informieren können. Das Thema Gesundheit wird 2015 für uns zu einem wichtigen Schwerpunkt werden.

P: Prävention zur Erhaltung von Gesundheit ist ein erklärtes Ziel der Gesundheitsreform. Das setzt aber auch informierte Bürger voraus. Müssen Medien hier aus Ihrer Sicht mehr als Schnittstelle zwischen Öffentlichkeit und Experten auftreten? Können Gesundheitsthemen auch einen ökonomischen Vorteil für Zeitungen bringen, indem neue Leser gewonnen werden?

Nowak: Medien haben keine Pflicht, sondern eine Verantwortung gegenüber den Lesern. Das Themengebiet Gesundheit werden wir nicht nur via Gesundheitsreform betrachten. Ich finde es wesentlich, aufgrund unserer heutigen Arbeits- und Lebensweise auch andere gesundheitliche Schwerpunkte zu berücksichtigen. Wichtig sind mir Themen wie Burn-out oder Work-Life-Balance, die auch in Verbindung mit unseren Arbeitslebenswelten immer bedeutsamer werden. Seiten, die sich mit solchen Problemen beschäftigen, haben heutzutage eine größere Relevanz gegenüber klassischen Karriereseiten. Wir treffen nun auf junge Menschen um die 30, die lieber nur drei Tage in der Woche arbeiten, ein geringeres Gehalt und einen späteren Karrierestart in Kauf nehmen. Sie wollen und brauchen mehr Freizeit, nutzen dabei die Zeit für ihren Job auch besser. Das ist für mich durchaus ein gutes Zeichen der Gesellschaft. Als Medien beobachten wir solche Trends relativ früh und haben selbst solche Arbeitsverhältnisse bei uns etabliert. Wir sind natürlich kein ideales Halbtagsunternehmen, aber gewisse Zeiträume kann man durchaus mit reduzierten Stunden arbeiten. Dieser Wandel des Denkens hat sich sowohl durch meine Vorgänger als auch durch den Geist unserer Zeitung sowie durch den heute veränderten Alltag bei uns implementiert. Wir spiegeln nur das wider, was in der Welt und Gesellschaft passiert. Der Vorteil, wenn man in einem Kommunikationsunternehmen arbeitet, ist, dass man gesellschaftspolitische

Phänomene sehr früh erkennen kann, weil wir Trends und Veränderungen aufnehmen und diese den Lesern mitteilen wollen.

P: Ärzte bieten auch Dienstleistungen an, die nicht von den öffentlichen Krankenkassen gedeckt werden, aber innovative Behandlungsmethoden sein können. Was halten Sie von einer Lockerung des Werbeverbots der Ärztekammer?

Nowak: Diese Werbeverbote sind für mich unverständlich. Ich begreife nicht, warum es für Ärzte verboten ist, ihre Dienstleistung zu bewerben. Vor allem weil die Auswirkungen bekannt sind. So schließen sich zum Beispiel Hautärzte mit Schönheitsambulatorien zusammen, wo sie mit einem anderen Thema rund um ihr Fachgebiet werben können. Diese marktverzerrende Situation habe ich schon mehrere Male thematisiert und werde sie auch weiterhin ansprechen.

P: Sie sind seit 1995 bei „Die Presse“, stammen aus einer Familie mit journalistischem Hintergrund im Zeitungswesen, gab es jemals einen anderen Berufswunsch als Journalist für Sie? Und genießen Sie Ihre Position?

Nowak: Ich habe eine Kinderzeichnung von mir, auf der ich mich selbst als Richter beim AKH-Prozess dargestellt habe. Ich bin aber froh, nicht Jurist geworden zu sein. Natürlich gibt es Traumberufe wie Schriftsteller und Architekt oder Berufe, die mich faszinieren, etwa Schauspieler. Aber man muss auch seine Grenzen kennen. Ich bin ein Mensch, der seine Errungenschaften im Leben im Nachhinein genießt. Ich erinnere mich beispielsweise zurück, welche lustige Zeit ich als Innenpolitikchef hatte, oder denke gerne an die interessanten Erfahrungen, die ich zusammen mit Christian Ultsch als Chef von „Die Presse am Sonntag“ machen durfte. Doch währenddessen habe ich nur die Herausforderungen gesehen. So wird es mir vermutlich in dieser Position als Herausgeber auch gehen. ■

Die Presse



RAINER NOWAK
Chefredakteur und Herausgeber
„Die Presse“

Hände gut, alles gut!

Dr. Martin Leixnering, einer der führenden Handchirurgen Österreichs und Oberarzt am Lorenz-Böhler-Unfallkrankenhaus der AUVA, war der treibende Initiator hinter der aktuellen AUVA-Kampagne „Hände gut, alles gut“ zur Vermeidung von Handverletzungen. Im Gespräch mit dem PERISKOP offenbart Dr. Leixnering die Hintergründe, die dazu führten, sich mit Handverletzungen und Handprävention zu beschäftigen. Er erklärt, was die Medizin in diesem Fall zur Prävention beitragen kann, und macht bewusst, was eine Handverletzung für den Alltag und das Leben bedeutet.

Von Mag. (FH) Martina Dick

P: Die AUVA startet ihre neue Kampagne „Hände gut, alles gut“. Sie waren dabei der treibende Initiator, wie kam es dazu?

Leixnering: Handverletzungen stellen mit 41 Prozent eine der häufigsten Verletzungsformen dar. Bei Jugendlichen liegt der Anteil noch weit höher. Die Bestrebungen zur Prävention wurden in den letzten Jahren europaweit intensiviert, um die Anzahl zu reduzieren. Österreichs Handchirurgie hat international eine sehr gute Reputation. So wurde ich 2011 im Rahmen des FESSH-Kongresses gebeten, unsere Erfahrungen in der Handchirurgie auch in der Prävention umzusetzen. Das Vier-Säulen-Modell der AUVA (Prävention, Unfallheilbehandlung, Rehabilitation und Rentenwesen) bietet dazu besonders gute Voraussetzungen. Durch meine 34-jährige Tätigkeit für die AUVA habe ich nicht nur Einblick in Daten hinsichtlich Versorgungsstrategien, sondern auch in die Rehabilitation und die dadurch entstehenden hohen Rentenkosten. Durch die enge Zusammenarbeit von Prävention und Unfallheilbehandlung schaffen wir eine Möglichkeit, das vorhandene Zahlenmaterial und Wissen aufzuarbeiten und zu analysieren. So können wir gezielt dort Maßnahmen setzen, wo Verletzungen passieren. Die Österreichische Gesellschaft für Handchirurgie (ÖGH) hat die Initiative in Österreich gesetzt, die AUVA hat einen eigenen Lenkungsausschuss zur Vermeidung von Handverletzungen ins Leben gerufen. Entwickelt wurde eine Informationskampagne, die sowohl auf Gefahren im Arbeitsumfeld als auch in der Freizeit aufmerksam macht. Als Präsident der ÖGH sehe ich es als Teil meiner Aufgaben, den Fokus in der Öffentlichkeit auch auf Handprävention zu lenken. Eine weitere gute Gelegenheit, um diese zu forcieren, ist der „3rd European Hand Injury Prevention Congress“, der von 20. bis 21. Oktober in Wien (Tech-Gate) stattfinden wird. Prävention ist auch darum wichtig, weil die ökonomischen Ressourcen immer enger werden und auf medizinische Möglichkeiten Einfluss nehmen.

P: Wobei und wodurch entstehen Handverletzungen und warum fokussiert die Kampagne auf die Hand und nicht auf den Körper als Ganzes?

Leixnering: Sowohl bei Arbeits- als auch bei Freizeitunfällen mit Handverletzungen werden überwiegend Riss-Quetsch-Wunden beobachtet. Eine fortlaufende Serie von tausend Handverletzungen zeigte folgende Verteilung: 42 Prozent Riss-Quetsch-Wunden, 27 Prozent Kontusionen, 17 Prozent Frakturen und fünf Prozent Infektionen. Ein erhöhtes Risiko entsteht durch Stress, Unachtsamkeit und Zerstreutheit, Übermüdung und Überforderung, Übermut, Selbstüberschätzung sowie die Verwendung defekter oder ungesicherter handgehaltener Maschinen. Bekannt ist, dass die Verletzungshäufigkeit an der Hand deutlich steigt und 60 Prozent der Handverletzungen in

Hände gut, alles gut!
Handverletzungen sind die häufigste Folge von Unfällen.

GIB ACHT

Eine Initiative der AUVA für mehr Sicherheit und Gesundheit. www.auva.at

Hände gut, alles gut!
Handverletzungen sind die häufigste Folge von Unfällen.

GIB ACHT

Eine Initiative der AUVA für mehr Sicherheit und Gesundheit. www.auva.at

der Freizeit entstehen. Tätigkeiten im Garten, während der Sportausübung oder beim unprofessionellen Hantieren mit handgehaltenen Maschinen – etwa Kreissägen – führen zu den meisten und oft schwersten Unfällen. Die Ausfallkosten für die Betriebe und die Wirtschaft sind beträchtlich: Es gibt jährlich rund 230.000 Handverletzungen – die gesamtwirtschaftlichen Kosten in Österreich dafür betragen etwa 309 Mio. Euro. Davon entfallen rund 140 Mio. Euro auf die AUVA. Zum finanziellen Faktor kommt noch das menschliche Leid, das durch Schmerzen und Einschränkungen auch bei den scheinbar einfachsten täglichen „Handarbeiten“ entsteht.

P: Die Kampagne versucht in erster Linie, Handverletzungen zu vermeiden. Wie kann die Medizin dazu beitragen?

Leixnering: Grundsätzlich funktioniert das wie in jedem anderen medizinischen Fach, welches sich mit Verschleiß und Verletzungen auseinandersetzt: durch Aufklärungskampagnen, das Aufzeigen von Fallbeispielen, das Anraten von Übungen, Präventionsmaßnahmen, verstärkte Aufklärung zur Sturzprävention bei älteren Patienten – hier betrifft die Verletzungshäufigkeit in hohem Maße Hand und Hüfte. Die Medizin kann durch den Einsatz neuer Technologien, verbesserte Kooperationsmöglichkeiten sowie den vorhandenen Datenfluss, dessen statis-

„Bekannt ist, dass die Verletzungshäufigkeit an der Hand deutlich steigt und 60 Prozent der Handverletzungen in der Freizeit entstehen.“

tische Auswertung und Analyse maßgeblich zur Prävention beitragen. Im Falle von Handverletzungen starteten wir aktuell die Informationskampagne und weisen auf die häufigsten Verletzungen an

der Hand hin. Deren Ursachen wurden ja seit Gründung der Unfallversicherung regelmäßig erfasst. Wir wissen aber jetzt auch, dass ein sehr hoher Prozentsatz davon in der Freizeit geschieht. Gerade hier müssen wir

Hände gut, alles gut!
Handverletzungen sind die häufigste Folge von Unfällen.

GIB ACHT

Eine Initiative der AUVA für mehr Sicherheit und Gesundheit. www.auva.at

DR. MARTIN LEIXNERING
Oberarzt am Lorenz-Böhler-
Unfallkrankenhaus der AUVA,
Präsident der Österreichischen
Gesellschaft für Handchirurgie



feststellen, dass noch viel zu wenig Aufklärungsarbeit geschehen ist. Das ist auch der Grund, warum sich die Kampagne nicht nur primär an das Arbeitsumfeld richtet, sondern auch an jenes in der Freizeit.

P: *Wie arbeiten Medizin und Prävention in dieser Sache zusammen?*

Leixnering: Die ÖGH hat sich darauf verständigt, dass die Prävention neben chirurgischen Versorgungsverfahren und Analysen von Verletzungen eines der grundlegenden Arbeitsthemen sein muss. Durch die Initiative der ÖGH wurde zunächst die Österreichische Gesellschaft für Handtherapie gegründet, der Fokus auf die Prävention war der nächste logische Schritt. Diese ist eine wichtige ethische Aufgabe: Wir verfügen über eine hohe Expertise, diese muss auch im Sinne der Prävention eingesetzt werden.

P: *Was bedeutet es für den Einzelnen, wenn die Hand nicht mehr funktioniert?*

Leixnering: Unsere Hände sind ein vielseitiges Präzisions- und Sinneswerkzeug. Auch in vielen Begriffen spielt die Hand als das wichtigste Werkzeug des Menschen eine entscheidende Rolle. Die Dynamik der Hand ist die Dynamik des Denkens: Nicht umsonst kennt unsere Sprache den Ausdruck „Begreifen“ als Synonym für gedankliches Verstehen. Die Hand hat also

sehr viele spezielle Fähigkeiten: Zwei Hände können über 400 Zeichen pro Minute in eine Tastatur hämmern, einen Baum fällen, Klavier spielen – und sie sagen oft mehr als tausend Worte. Der Verlust auch nur eines Teiles dieser Fähigkeiten und Fertigkeiten schränkt den Menschen und sein „Menschsein“ drastisch ein. Er führt nicht nur zu physischen, sondern auch zu psychischen Belastungen und fast immer auch zu monetärem Verlust.

P: *Was muss und kann der Einzelne tun, um seine Hände bis ins hohe Alter funktionstüchtig zu erhalten?*

Leixnering: Wesentlich ist es vor allem, aktiv zu bleiben – sowohl geistig (die Funktionsfähigkeit der Hand beginnt im Kopf!) als auch körperlich (besonders hinsichtlich der gesamten oberen Extremität). Mehr Konzentration, mehr Achtsamkeit, mehr Schutz und das Wissen darum, wie ich die Hand richtig schützen kann, sind enorm wichtig.

P: *Was macht die Handchirurgie so spannend?*

Leixnering: Die Handchirurgie ist aus meiner persönlichen Sicht natürlich die Königsdisziplin der Unfallchirurgie. Als ausgeprägtes Sinnesorgan fordert sie dem Chirurgen die gesamte Palette seiner Fähigkeiten – von der Osteosynthese bis hin zur Mikrochirurgie – und seines Wissens ab. Die Hand ist

ein komplexer Körperteil – alles liegt auf engstem Raum beieinander. Sie mit ihren vielen Feinheiten, ihren Gelenken, dem Gleitvermögen, der engen Lagebeziehung von Sehne, Nerv, Gefäß und Knochen wieder zum Funktionieren zu bringen, das ist die hohe Kunst der Chirurgie. Der Erfolg gibt uns Recht – wir haben glücklicherweise eine sehr hohe Wiederherstellungsrate. ■

BioBox:

Dr. Martin Leixnering hat 1980 sein Medizinstudium abgeschlossen und ist Facharzt für Unfallchirurgie. 1981 absolvierte er den ersten Handkurs bei Jörg Böhler – sein Einstieg in die Handchirurgie. Seit 1991 leitet Martin Leixnering die Handambulanz am Lorenz-Böhler-Unfallkrankenhaus der AUVA. Er ist Leiter des Handzentrums Rudolfinerhaus. Leixnering ist Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Handchirurgie und in vielen nationalen und internationalen Gesellschaften und Arbeitsgemeinschaften für Unfall- und Handchirurgie aktiv tätig.



3rd European Hand Injury Prevention Congress

Termin: 20.-21. Oktober 2014

Ort: Tech-Gate Vienna

Programm und Anmeldung: www.handpreventioncongress2014.org

„Kunst und Kultur: ein wichtiges und wertvolles Gut“

Schon seit mehr als 30 Jahren zählt der Attergauer Kultursommer zu den wichtigsten Kulturereignissen im Salzkammergut. 2014 war das Festival erneut ein voller Erfolg. Mag. Mechthild Bartolomey, Intendantin der hochkarätigen Veranstaltungsreihe, spricht im PERISKOP-Interview über den Wandel der Kunst- und Kulturszene in den vergangenen Jahren und darüber, wie die Österreicher darauf reagieren. Zudem kündigt sie bereits das nächste Highlight an: das Programm und den Stargast des Attergauer Neujahrskonzerts 2015.

Von Mag. Nina Bennett, MA

P: Dürfen wir um ein kurzes Statement zum Erfolg des Attergauer Kultursommers 2014 bitten?

Bartolomey: Natürlich bin ich glücklich, dass der Kultursommer heuer wieder so erfolgreich war. Und ich freue mich jedes Jahr aufs Neue über unser begeisterungsfähiges und neugieriges Publikum, das sowohl unsere hochkarätigen Künstler als auch das abwechslungsreiche Programm sehr zu schätzen weiß. In einem Jahr der großen Komponistenjubiläen konnten wir nahezu 300 Jahre des Kunstschaffens umspannen. Die musikalische Reise führte von Barockjuwelen über die hochemotionale Welt der Romantik bis ins Hier und Jetzt – groovende Rhythmen fanden neben der Musik von Schubert, Brahms und Tschairowsky oder dem großartigen Wienerlied genauso ihren Platz. Diese Vielfalt ist enorm wichtig. Phantastische Musiker wie Benjamin Schmid, Ildiko Raimondi, Isabel Charisius und Franz Bartolomey, die Wiener Sängerknaben und die Wiener Virtuosen waren bei uns zu Gast und kommen gerne immer wieder ...

Dass Ursula Strauss, Karl Markovics und Erwin Steinhauer, drei österreichische Paradeschauspieler, beim Kultursommer 2014 auch mit dabei waren, erfüllt mich ein bisschen mit Stolz. Schauspieler sind heute vermehrt im Filmbusiness beschäftigt, und es ist nicht einfach, mindestens ein Jahr im Voraus einen fixen Termin zu bekommen – denn spätestens da muss ich meine Planung abgeschlossen haben. Wir haben 2014 eine zufriedenstellende Auslastung erreicht, trotz allem wünschen wir uns natürlich noch mehr kulturbegeisterte Besucher.

P: Hat sich die Kunst- und Kulturszene in den vergangenen Jahren sehr verändert?

Bartolomey: Ich denke, ja. Es hat sich sogar Grundlegendes verändert. Die Kunst- und Kulturszene ist viel bunter geworden. Wobei ich in erster Linie für die Musikszene sprechen kann, in der die Trennung von E- und U-Musik nicht mehr so streng gesehen wird wie noch vor ein paar Jahren. Musiker sind offener, erfinderischer, mutiger und auch experimentierfreudiger geworden. Sie trauen sich viel mehr zu und verlassen gerne ihre so genannten „normalen Pfade“. Man erkennt das auch an den vielen Ensembles, die mit den unterschiedlichsten Besetzungen neu gegründet werden. Dadurch ergeben sich sehr abwechslungsreiche Programmideen, auf die man als Veranstalter, vor allem als mutiger Veranstalter, aufspringen kann. Es ist auffällig,

dass das Publikum oft mit einem außergewöhnlichen – wenn man so will, gewagteren – Programm leichter zu gewinnen ist als mit schon Bekanntem. Natürlich sind große Namen ganz wichtig für die Reputation eines Festivals und so genannte Stars locken ganz einfach viele Besucher an. Ich leugne nicht meinen Stolz, dass es mir gelungen ist, vor zwei Jahren Klaus Maria Brandauer zu Gast gehabt zu haben, der neben seiner Tätigkeit am Wiener Burgtheater und Max-Reinhardt-Seminar auch als einer von wenigen österreichischen Schauspielern in Hollywood erfolgreich ist. Und natürlich ist meine Freude riesig, wenn ich Nikolaus Harnoncourt, Thomas Hampson, Rudolf Buchbinder, um nur einige wenige Namen zu nennen, zu meinen Künstlern zählen darf. Als Veranstalterin habe ich aber auch die Verpflichtung, Neues zu präsentieren und jungen Künstlern ein Podium zu bieten. Es gibt sehr viele hervorragende junge Musiker. Deshalb mische ich meine Künstler auch gerne: Arrivierte und längst im Kulturleben etablierte Künstler spielen mit jungen Preisträgern, die gerade in ihren Startlöchern und am Beginn einer vielversprechenden Karriere stehen. Die Qualität und Aussagekraft jedes Einzelnen muss stimmen, dann haben letztlich alle Seiten etwas davon: die Künstler auf der Bühne inspirieren einander gegenseitig und das Publikum hat die Freude und den Genuss.

P: Reagieren die Österreicher auf diesen Wandel der Kulturszene und das heimische Angebot?

Bartolomey: Der Sommer im Jahr der Finanzkrise war äußerst bemerkenswert – es war zum ersten Mal wirklich spürbar, dass die Menschen im In- und angrenzenden Ausland nicht mehr so viel Geld zur Verfügung hatten und daher weniger auf Reisen gingen. Viele nutzten dadurch vermehrt das kulturelle Angebot in Österreich. Nicht wenigen wurde bewusst, dass man manchmal gar nicht so weit wegfahren muss, um großartige Veranstaltungen und phantastische Künstler zu erleben. Gerade in Oberösterreich ist das kulturelle Angebot im Sommer enorm und jeder findet etwas für seinen Geschmack. Kultur tut einfach der Seele gut – es ist nicht nur das Herauskommen aus dem Alltag. Kultur öffnet die Menschen, macht sie frei und bereit für neue Impulse. Ich denke, dass die Investition in Kunst und Kultur ein wichtiges und wertvolles Gut ist.

P: Zum Jahreswechsel steht wieder das Attergauer Neujahrskonzert vor der Tür.

Bartolomey: Ja, zum Start in unsere neue



Mag. Mechthild Bartolomey, Intendantin Attergauer Kultursommer

„Die Kunst- und Kulturszene ist viel bunter geworden.“

Saison und gleichsam als winterlichen Kontrapunkt präsentiert der Attergauer Kultursommer am 5. Jänner 2015 nun schon zum sechsten Mal sein mittlerweile zum Fixpunkt gewordenes Neujahrskonzert: Die Wiener Virtuosen bitten zum stimmungsvollen Jahresauftakt in die bewährte Attergauhalle St. Georgen. Die Wiener Virtuosen sind ein Ensemble, das sich aus Solisten der Wiener Philharmoniker zusammensetzt. Sie gestalten schon von Beginn an dieses Konzert mit bekannten Werken von Josef Lanner und der Strauß-Familie. Das Reizvolle am Attergauer Neujahrskonzert ist u. a. auch die kammermusikalische Besetzung – die Virtuosen spielen solistisch besetzt, so wird die Musik leichtfüßiger und durchsichtiger. Dazu begrüßen sie jedes Jahr einen Stargast: 2015 wird es die international gefeierte Sopranistin Eva Lind sein, die u. a. einen der wohl schönsten Walzer von Johann Strauß, den „Frühlingsstimmen-Walzer“, singen wird. Das Attergauer Neujahrskonzert ist mittlerweile so beliebt, dass manche Besucher, die im Sommer die eine oder andere Veranstaltung besuchen, gleich für das Neujahrskonzert buchen wollen! Viele sehen ja am 1. Jänner das



Stargast Eva Lind, Sopran

Neujahrskonzert der Wiener Philharmoniker im Fernsehen und haben so quasi noch einen kammermusikalischen „Nachschlag“ dazu live am 5. Jänner bei uns. ■

ATTERGAUER NEUJAHRSKONZERT
Termin: 5. Jänner 2015 um 18.00 Uhr
Ort: Attergauhalle St. Georgen
Künstler: Wiener Virtuosen
(Solisten der Wiener Philharmoniker)
Stargast: Eva Lind, Sopran

INFORMATION UND KARTENVERKAUF
Tourismusbüro St. Georgen i. A.
Tel.: 07667/6386 – Fax 07667/6386-40
E-Mail: info@attergauer-kultursommer.at

www.attergauer-kultursommer.at



Wiener Virtuosen, Solisten der Wiener Philharmoniker

Zukunft denken

Franz Fischler und Wolfgang Lutz



ZUKUNFT DENKEN – WERDEN ES UNSERE KINDER BESSER HABEN?

Franz Fischler, Wolfgang Lutz
Galila Verlag, 172 Seiten
EUR 19,90 / SFr 31,90

Bis heute wünschten sich alle Eltern eine bessere Zukunft für ihre Kinder. In ihrem Buch „Zukunft denken“ beschäftigen sich der Demograf Prof. Wolfgang Lutz und Dr. Franz Fischler mit der Frage, ob der heutige Wohlstand und Lebensqualität überhaupt noch weiter steigerbar sind. Wir leben in einer neuen Phase der Menschheitsgeschichte, in der sich in Europa und Nordamerika seit dem 19. Jahrhundert und weltweit seit Mitte des 20. Jahrhunderts ein nie dagewesenes Wachstum an Wohlstand, Lebenserwartung und Lebensqualität entwickelt hat. Fraglich ist es, ob sich diese Entwicklung in Zukunft weiter so positiv fortsetzen lässt.

In ärmeren Ländern lässt sich die Lebensqualität durch besseren Zugang zu Bildung, Nahrungsmitteln und medizinischer Versorgung noch um einiges verbessern. Somit wird auch die Lebenserwartung steigen. Für Europa, das bereits ein sehr hohes Wohlstandsniveau erreicht hat, ist eine Zukunftsprognose weitaus schwieriger. Hier wird der soziale und globale Wandel ausschlaggebend sein. Dieser wird zu weiteren Veränderungen in der Arbeitswelt, Familie und Altersstruktur in unserer Gesellschaft führen und neue Herausforderungen mit sich bringen. Auch Klimawandel, Bevölkerungsexplosion und Migration werden in Zukunft eine immer größere Rolle spielen.

Diese und viele weitere spannende Zukunftsthemen werden von den beiden Autoren in ihrem Buch diskutiert. Sie kommen zu dem Schluss, dass nur Gesellschaften, die stark in Bildung und Humanressourcen investieren, die Herausforderungen des 21. Jahrhunderts bewältigen können. Es gibt demnach keinen Grund eine negative Entwicklung der Welt zu fürchten. Es muss jedoch nicht nur die Frage, ob es unseren Kindern in Zukunft besser gehen wird sondern was dafür getan werden muss, um die besten Voraussetzungen zu schaffen, gestellt werden. Als wichtigsten Schlüsselpunkt haben Prof. Lutz und Dr. Fischler eindeutig die Bildung identifiziert. ■



65. Wiener ARZTE Ball

SAMSTAG, 31. JÄNNER 2015
IN DER HOFBURG

EINTRITTSPREISE

Damen- und Herrenkarte € 120,-
StudentInnen € 50,-*
* Eintritt nur mit gültigem Studentenausweis
(bis zum vollendeten 26. Lebensjahr)

Eintritt nur mit vorschriftsmäßiger Kleidung.

BALLBÜRO

in der Ärztekammer für Wien
1010 Wien, Weihburggasse 10-12
Telefon +43 1 51501 1234
aerzteball@aekwien.at
www.aerzteball.at

FESTLICHE ERÖFFNUNG UM 21³⁰ UHR
EINLASS: 20⁰⁰ UHR

Frauen sind anders (gesund)

Tatsache ist: Frauen sind anders gesund. Für den Unterschied sorgen nicht nur die verschiedenen Geschlechtsorgane, sondern auch die übrige Anatomie und der Hormonhaushalt – also zum einen biologische Aspekte, zum anderen aber auch soziale Faktoren.

Bekanntlich sind schon die genetischen Anlagen verschieden: Auf dem X-Chromosom liegen 1500 Gene, die wesentlich für Herz und Kreislauf, Hirnfunktion und Immunsystem sind. Dieses Chromosom besitzen Frauen doppelt. Auf dem Y-Chromosom befinden sich dagegen nur 78 Gene, die vor allem Aufgaben für die Sexualfunktion haben. Das gibt Frauen einen „biologischen Vorteil“. Der zweite wichtige biologische Faktor für unterschiedliche physiologische und pathologische Reaktionen sind die Sexualhormone. Das Östrogen wirkt zum Beispiel lange Zeit schützend auf das Herz, sodass Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen im Durchschnitt zehn Jahre später auftreten als bei Männern.

Von Mag. (FH) Martina Dick

Die Lebenswelt der Frauen hat sich grundlegend geändert – oftmals sind sie Mehrfachbelastungen ausgesetzt. Neben Familie, Kindern und Partnerschaft soll eine Frau auch im Beruf ihren „Mann“ stehen. Dabei sind Frauen stressempfindlicher. Das Östrogen im Blut verstärkt und verlängert die Stressreaktion, die Nebennieren stoßen mehr Adrenalin aus als beim Mann. Das steigert kurzfristig die Leistung, geht langfristig jedoch zulasten des Nervenkostüms. Der heutigen höheren Beanspruchung der Frauen steht eine geringere Stabilität des Knochensystems, der Muskeln und der Bänder gegenüber.

Diese Erkenntnisse sind nicht neu. Das Problem ist nur, dass sie erst wenige angemessen und ausreichend zur Kenntnis nehmen. Eine Ausnahme stellt das Ärzte- und Therapeutenteam im la pura women's health resort kamptal dar: In einer frauenspezifischen Diagnostik und Therapie berücksichtigt es sowohl körperliches als auch seelisches Befinden, Erfahrungen, Umwelteinflüsse und Lebensgewohnheiten. Diagnostik und Behandlungspfade sind in la pura abgestimmt auf die Bedürfnisse der Frau. In Zusammenarbeit mit der Medizinischen Universität Wien werden die neuesten Erkenntnisse der Gendermedizin mit erprobten komplementärmedizinischen Methoden ganzheitlich verknüpft und mit ausschließlichem Fokus auf Frauengesundheit bei la pura umgesetzt. Sie basieren auf interdisziplinären, universitären gendermedizinischen Ansätzen der Gendermedizin und werden durch die enge Kooperation der involvierten Expertinnen und Experten mit der Medizinischen Universität Wien stetig in Hinblick auf frauenspezifische Bedürfnisse weiterentwickelt. Die Tatsache, dass sich la pura exklusiv an Frauen wendet, begünstigt diesen Ansatz und fördert die Weiterentwicklung der Therapien. Alle Spezialisten, die in Diagnostik und Therapie eingebunden sind, erarbeiten sich tagtäglich frauenspezifische Expertise und neue Erkenntnisse, die in Österreich sonst kaum eine andere Institution erbringen kann. Sie nehmen Rücksicht auf das Anliegen der Frauen, entsprechend ihrem Frausein diagnostiziert zu werden. Aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung und der grundlegenden Veränderung des weiblichen Körpers vor, während und nach der Menopause sind eine individuelle Gesundheitsvorsorge und Behandlung für Frauen besonders wichtig. Das la pura women's health resort kamptal bietet dazu alle Möglichkeiten.

Der kleine große Unterschied: Frauen werden anders (krank)

Aus den anatomischen, hormonellen und psychosozialen Unterschieden ergeben sich eine Reihe ganz spezieller Beschwerde- und Krankheitsbilder, die in la pura frauenspezifisch analysiert und behandelt werden.

Anatomie

Hypermobilität – Muskelgewebe, Bänder, Kiefer
Haltung – Becken und Beckenboden, Wirbelsäule, Muskelmasse, Knochenaufbau
Atmung – Atemwege, Lungenvolumen
Gefäße – Herz, Kreislauf
Chronifizierung von Schmerz

Medizinische Pakete für die Behandlung von Rückenschmerz, Zervikalsyndrom, (chron.)
Verspannungen

Hormonhaushalt

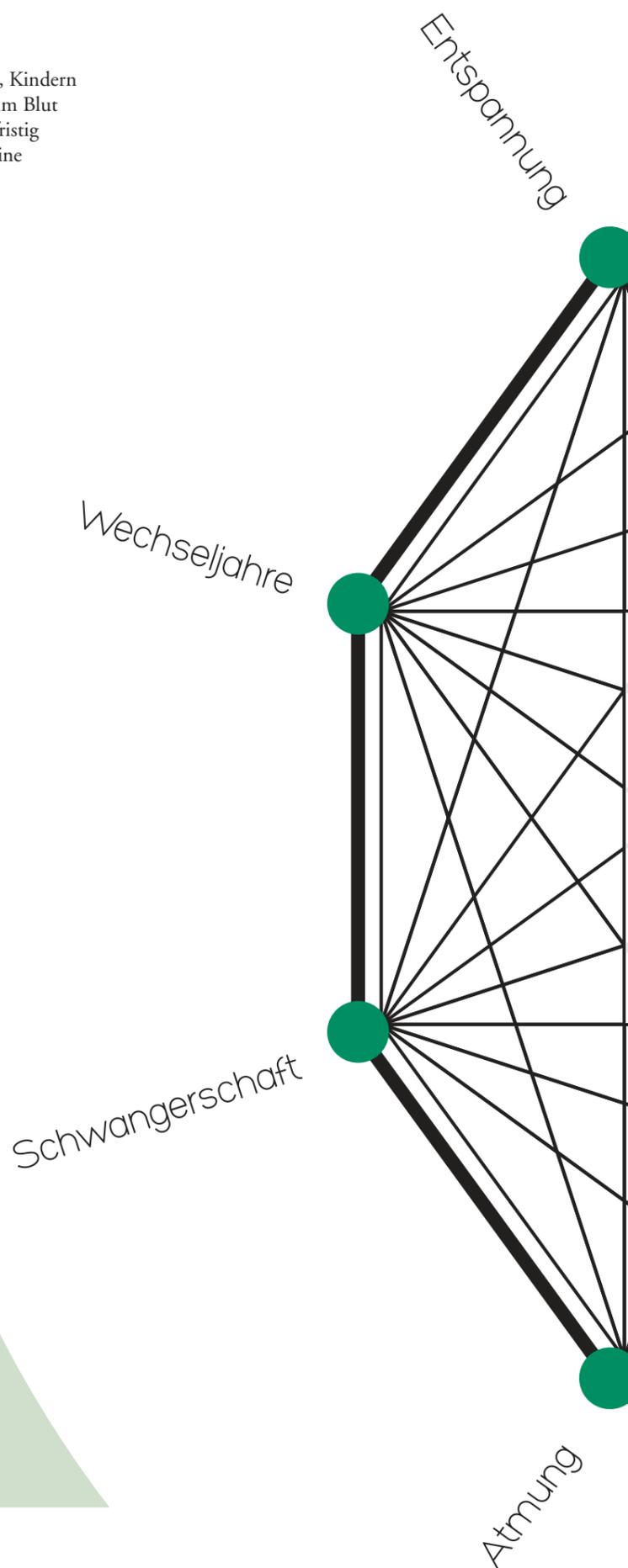
Östrogen und Progesteron
Schwangerschaft und Geburt
Menopause

Medizinische Pakete für Schwangerschaft, Osteoporose, Wechseljahre

Psychosoziale Faktoren

Mehrfachbelastung
Stressverarbeitung

Medizinische Pakete für Rauchstopp, Bewegungsmangel, Übergewicht



InfoBox

Es werden zahlreiche Gesundheitsleistungen speziell für die Frau, auf wissenschaftlicher Basis nach gendermedizinischen Kenntnissen angeboten. Eine Übersicht der Pakete finden Sie unter www.lapura.at. Sie können Broschüren zu allen medizinischen Angeboten von la pura anfordern.

la pura women's health resort kamptal
Hauptplatz 58 | 3571 Gars am Kamp | Austria
Tel.: +43 (0) 2985/2666-0
E-Mail: willkommen@lapura.at
www.lapura.at

Ein Resort der:



la pura
women's health resort
kamptal

la pura Wirkungskreis



Gesundheitsvorsorge – das Diabetesrisiko testen

Früherkennung bietet auch bei frauenspezifischen Erkrankungen große Heilungschancen. Frauenspezifische Erkrankungen werden oftmals deutlich schwerer erkannt und verbleiben unbehandelt. Für ein aktives Leben bis ins hohe Alter sind neben der Tumorstoffwechselvorsorge das frühzeitige Entdecken von Störungen des Hormonhaushalts, die Diabetes- und Bluthochdruckerkennung sowie das Vermeiden von Osteoporose bei Frauen ganz essenziell. Besonders im Bereich der Diabetesdiagnose geht la pura einen Schritt weiter: Diese Krankheit wird bei Frauen schwerer erkannt als bei Männern, da sie über einen meist niedrigen Nüchtern-Blutzuckerwert verfügen. Auf Basis dieses Wissens inkludiert eine Vorsorgeuntersuchung in la pura einen „Zuckerbelastungstest“, eine Möglichkeit, um Diabetes bei Frauen frühzeitig und verlässlich festzustellen.

Rücken – typische Schmerzsyndrome im Leben der Frau

Hypermobile Frauen, die in jungen Jahren sehr sportlich waren, sind schon früh mit Rückenschmerzen konfrontiert. Zyklusbedingt haben Frauen ohnehin häufiger mit Rückenschmerzsyndromen zu tun. Der weibliche Beckenboden weist eine etwas schwächere Konstruktion auf und wird durch Geburten zusätzlich geschwächt. Generell verfügen Frauen über eine weniger stark ausgeprägte Muskelkraft und in den Bereichen Rücken, Bauch und Beckenboden wirkt sich das auf die Haltung aus. Daraus resultiert mitunter auch der häufigste Rückenschmerz, das Zervikalsyndrom, das durch Probleme mit Kiefergelenken und der umgebenden Muskulatur weiter begünstigt wird. Zudem neigen Frauen stärker zu einer Chronifizierung von Schmerzen.

Osteoporose – schwächeres Knochenkonto

Frauen haben ein vierfach höheres Risiko, an Osteoporose zu erkranken. Im Alter von 30 Jahren hat der Knochen die höchste Dichte erreicht, danach wird mehr Knochenmasse ab- als aufgebaut. Neben allgemeinen Ursachen wie Fehlernährung, wenig Bewegung, wenig Sonne und/oder starkes Rauchen ist bei Frauen vor allem der plötzliche Abfall des Östrogenspiegels in der Menopause für den beschleunigten Abbau der Knochenmasse verantwortlich.

Wechseljahre – eine ganz frauenspezifische Angelegenheit

Mit der Menopause und dem Wechsel tritt der Körper einer Frau in eine völlig neue Phase: Neben dem Abfall des Östrogenspiegels nimmt auch die Progesteronproduktion ab – der Hormonhaushalt ändert sich deutlich. Das bringt vegetative Störungen und psychische Veränderungen mit sich. Mit der Zeit lassen viele Beschwerden nach, doch der Mangel an Östrogen kann in Kombination mit dem zunehmenden Alter auch langfristige Folgen haben. Das Risiko für Diabetes und für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall erhöht sich, der Blutdruck steigt an und die Wahrscheinlichkeit von Osteoporose wächst, da Östrogene den Knochenabbau hemmen. Trockene Haut und Schleimhäute, Gewichtszunahme, Schlafstörungen und die Veränderung der Psyche machen es notwendig, sich mit diesem „neuen“ Körper auseinanderzusetzen und den eigenen Status zu analysieren. Im Idealfall bereits vor Beginn der Wechseljahre, um die sich zunehmend verändernden Bedürfnisse des Körpers kennenzulernen.

Bewegung – Frauen bewegen sich weniger ...

... und davon abgesehen fällt es ihnen schwerer, die richtige Bewegungsart für sich zu finden. Aufgrund ihrer Mehrfachbelastung im Alltag können sie regelmäßige Bewegungseinheiten nicht ausreichend in ihren Tagesablauf integrieren. Bewegungsmangel begünstigt bei Frauen in Industrieländern aber – neben anderen Risikofaktoren wie Übergewicht, Diabetes, Rauchen oder Bluthochdruck – einen Herzinfarkt wesentlich. Umgekehrt wirkt sich Bewegung bei Frauen schneller und in höherem Ausmaß positiv auf die Gesundheit aus als bei Männern.

Gewichtsreduktion – ernährungsbewusst, aber „bewegungsfaul“

Der Muskelanteil des weiblichen Körpers ist genetisch bedingt geringer, dafür ist der Körperfettanteil höher. Frauen leiden zudem häufiger an einer Schilddrüsenunterfunktion, ihre Fett- und Zuckerstoffwechsel sind anders getaktet. Botenstoffe fördern Entzündungen im ganzen Körper und verstärken die Gefahr von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes. Aufgrund des vorherrschenden Rollenbilds in unserer Gesellschaft entwickeln Frauen ein sehr starkes Bewusstsein für ihr Körpergewicht, Übergewicht ist mit hohem Leidensdruck verbunden.

F.X.-Mayr-Therapie

Eine F.X.-Mayr-Kur dient in erster Linie der Regeneration und Wiederherstellung der Gesundheit, wobei das Hauptaugenmerk auf der Reinigung des Darms bzw. des Organismus liegt. Frauen haben vermehrt Gesundheitsanliegen, die mit der Therapie nach F.X. Mayr besonders gut behandelt werden können. Darunter fallen Stuhlverstopfung, Reizdarmsyndrom, rezidivierende Cystitiden (Blasenentzündungen), Harninkontinenz, instabile Wirbelsäule und latenter Diabetes mellitus.

Rauchstopp – die weibliche Lunge ist empfindlicher

Das Lungenvolumen einer gesunden Frau ist um 25 Prozent geringer als das eines Mannes. Die weibliche Lunge wird aufgrund der engeren Atemwege und des niedrigeren Volumens stärker von äußeren Lebensumständen und Umweltverschmutzung geschädigt. Der Rauchstopp ist für Frauen belastender, da sie vielfach aus psychosozialen Gründen (Stress am Arbeitsplatz, Langeweile, Hektik) zur Zigarette greifen und stärkere Angst vor einer Gewichtszunahme haben.

Frauenspezifische Therapie ist mehr als eine Therapie ohne Männer

Aus dem Wissen heraus, dass Frauen aufgrund ihrer Gene, Hormonsituation, Anatomie, Psyche und ihres Lebensstils eine spezifische Diagnostik und Therapie, gepaart mit Sensibilität und Sensitivität, benötigen, hat das multiprofessionelle la pura-Team aus Medizinerinnen, Therapeuten, Diätologen und Sportwissenschaftlerinnen spezielle Vorgehensweisen erarbeitet. Der Analyse wie auch der Diagnostik folgen eine frauenspezifische Ergebnisauswertung und Therapie. Das Gesamtkonzept beginnt bei der Planung der Gesundheitsvorsorge, erstreckt sich über alle angebotenen medizinischen Pakete und manifestiert sich in individuellen Beratungsangeboten über die Zeit des Aufenthalts in la pura hinaus. Alle medizinischen Pakete des la pura women's health resorts beinhalten ausführliche ärztliche Untersuchungen, die Befundbesprechung und eine individuelle Therapieplanung.

Medizinische Kompetenz und Spezialisierung auf die Bedürfnisse der Frau

Besonderer Wert wird auf die Individualität der Behandlungen gelegt – beginnend beim Coachinggespräch bis hin zur spezifischen Integration wichtiger Maßnahmen in den ganz persönlichen Alltag anhand jeweils abgestimmter Bewegungs- oder Ernährungspläne für die Zeit nach dem Aufenthalt. Medizinische Trainingseinheiten basieren auf leichten Kräftigungsübungen, Ausdauertraining und der Beratung zur „richtigen Bewegung“. Risikoevaluierungen zu Hormonstatus, Stoffwechsel und metabolischem Syndrom sind ganz spezifisch auf die Bedürfnisse der Frau abgestimmt. Beckenbodengymnastik, Myoreflextherapie, Behandlungen zur Schmerzreduktion, vielfältige Varianten von Entspannungstherapien sowie Gesundheitschecks zur frauenspezifischen Diagnostik runden das Angebot ab. Das gesundheitsfördernde und heilende Klima und die ruhige Umgebung von Gars am Kamp machen das la pura women's health resort karnptal zusätzlich zu einem idealen Ort, um zu regenerieren, und helfen dabei, eine gesundheitsfördernde Einstellung zu entwickeln. ■

DAS ÄRZTE-TEAM (in alphabetischer Reihenfolge)



A.O. UNIV.-PROF. DR. MED. UNIV. RICHARD CREVENNA, MBA, MSC
Facharzt für physikalische Medizin, Rehabilitation und Geriatrie
Medizinisch-wissenschaftliche Leitung des la pura ambulatoriums für physikalische medizin und rehabilitation karnptal. Wissenschaftlicher Verantwortlicher der la pura med pakete „rückengesundheit“ und „lebensqualität durch bewegung“.



DR. MED. UNIV. GABRIELLE DIENHART-SCHNEIDER
Ärztin für Allgemeinmedizin
Ärztliche Leiterin der la pura kuranstalt karnptal.
Verantwortliche Ärztin des la pura med pakets „vorsorge für die frau“.



UNIV.-PROF. DR. MED. UNIV. ALEXANDRA KAUTZKY-WILLER
Fachärztin für Innere Medizin, Endokrinologie, Stoffwechsel und Geriatrie
Professorin des Lehrstuhls für Gendermedizin an der Medizinischen Universität Wien. Wissenschaftliche Verantwortliche des la pura med-konzepts und der la pura med pakete „gesund durch die schwangerschaft“, „in der gruppe zum wohlfühlgewicht“ und „individuell zum wohlfühlgewicht“.



DR. MED. UNIV. ESTHER JIMENEZ-BOJ
Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie
Wissenschaftliche Verantwortliche des la pura med pakets „osteoporose“.



PRIM. UNIV.-PROF. DR. MED. UNIV. WOLFGANG POPP
Facharzt für Lungenerkrankungen
Wissenschaftlicher Verantwortlicher der la pura med pakete „frei durchatmen“, „rauchfrei vital und schön“, „intensivbegleitung“ und des „rauchentwöhnungs-, begleit- und unterstützungsprogramms“.



OÄ DR. MED. UNIV. JUTTA STIEGER
Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie



DR. MED. UNIV. ALEX WITASEK
Arzt für Allgemeinmedizin
Präsident der internationalen Gesellschaft der F.X. Mayr Ärzte.
Verantwortlicher Arzt des la pura med pakets „gesundheit, schönheit und wohlbefinden durch F.X. Mayr Therapie“.



DR. MED. UNIV. MANFRED ZAUNER, MSC
Arzt für Allgemeinmedizin
Stellvertretender ärztlicher Leiter der la pura kuranstalt karnptal und des la pura ambulatoriums für physikalische medizin und rehabilitation karnptal.



foto12

DIE NÖ LANDESKLINIKEN-HOLDING:

- der größte Klinikbetreiber Österreichs
- an 27 Standorten werden pro Jahr rund 380.000 stationäre Patientinnen und Patienten betreut, 170.000 Operationen durchgeführt sowie 2,9 Mio. Ambulanzbesuche und 2,24 Mio. Belagstage verzeichnet
- 20.000 hervorragende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als höchstes Gut
- garantiert den Patientinnen und Patienten eine wohnortnahe Gesundheitsversorgung rund um die Uhr und auf höchstem Niveau
- österreichweit Vorreiter für medizinische Qualitätsstandards, -sicherung und Fortbildung
- einer der wesentlichen Motoren der NÖ Wirtschaft

„Europa eine Stimme geben!“

Das Europäische Forum Alpbach (EFA) ist eine interdisziplinäre Plattform für Wissenschaft, Politik, Wirtschaft und Kultur. Dkfm. Dr. Claus J. Raidl, Präsident der Oesterreichischen Nationalbank, ist seit 2012 Vizepräsident des EFA. Mit dem PERISKOP spricht er über seine Tätigkeit beim EFA und über die Veränderung der renommierten Veranstaltung in den vergangenen Jahren. Außerdem zieht er eine Zwischenbilanz über die Gespräche im Jahr 2014 und gibt Auskunft über seine Erwartungen an den neuen Finanzminister.

Von Mag. Nina Bennett, MA und Claudia Bandarra bakk.phil.

P: Mit welchen Themen beschäftigen Sie sich als einer von vier Vizepräsidenten des EFA?

Raidl: Hauptsächlich beschäftige ich mich als Vizepräsident des EFA mit den Wirtschafts- und Finanzmarktgesprächen. Alle vier Vizepräsidentinnen bzw. Vizepräsidenten haben ihren Spezialbereich: Caspar Einem kümmert sich zum Beispiel um die Rechts- und Technologiegespräche, Sonja Puntischer Riekmann ist mit den politischen Gesprächen betraut und Ursula Schmidt-Erfurt mit den Gesundheitsgesprächen.

P: Seitdem Franz Fischler im Amt des Präsidenten ist, gab es viele Änderungen und Diskussionen im und um das EFA. Wie ist Ihr Eindruck bezüglich der Neuerungen und Debatten?

Raidl: Sein Vorgänger, Erhard Busek, hat den Grundstein für das EFA „neu“ gelegt. Er war zehn Jahre lang Präsident des EFA und hat mit dem Programm und mit den Sprecherinnen und Sprechern frische Ideen gebracht sowie mit seinem Weitblick über die Grenzen hinaus ein tolles EFA geschaffen. Der Fokus auf Zentral- und Südosteuropa war für ihn eine logische Konsequenz und gut durchdacht. Außerdem hat er das Programm für junge Studierende und von Förderern finanzierte Stipendien eingeführt. Auch die einzelnen Themengebiete wurden umstrukturiert. Darüber hinaus wurde bei den Wirtschaftsgesprächen die Basis verbreitert – inhaltlich, intellektuell, ganz bewusst weg vom Mainstream. Unsere Intention war es, das gesamte Spektrum abdecken zu können, und ich glaube, man hat bei den diesjährigen Wirtschaftsgesprächen sehen können, dass dieses Konzept gut ankommt. Das EFA gibt Europa eine Stimme – das liegt mir am Herzen.

P: Wie lautet Ihre Zwischenbilanz über das diesjährige EFA?

Raidl: Generell bin ich ein Mensch, der davon überzeugt ist, dass man immer vieles verbessern kann. Wenn ich mir die diesjährigen Wirtschaftsgespräche ansehe, bin ich sicher, dass wir auf einem guten Weg sind. Wir hatten beim EFA noch nie so viele Teilnehmende wie 2014. Auch bei der Seminarwoche, in der sich die jungen Studierenden an Diskussionen beteiligen und gute Vorträge besuchen können, war die Teilnehmerzahl sehr hoch (700 Stipendiatinnen und Stipendiaten aus 50 Nationen). Um das diesjährige EFA zusammenzufassen, lässt sich Folgendes feststellen: Die politischen Gespräche waren ein Riesenerfolg. Die Gesundheitsgespräche waren auch sehr gut und die Teilnehmerzahlen waren in allen Bereichen ausgezeichnet. Bei den Technologiegesprächen waren so viele Teilnehmende wie nie zuvor. Auch bei den Wirtschafts- und Finanzmarktgesprächen haben wir 2014 größere Änderungen durchgeführt. Das Feedback darauf war sehr positiv und ich glaube zusammenfassend, dass es 2014 außerordentlich gut gelaufen ist. Ebenso sind die Break-out-Sessions gut angekommen. Bei den Wirtschaftsgesprächen beschäftigen wir uns nicht nur mit Neoliberalen oder dem klassischen Mainstream, sondern versuchen eine neue Wirtschaftsfantasie aufzuzeigen, bei der möglichst alle Perspektiven beleuchtet werden sollen, um ein breites Spektrum an Meinungen und einen Wissensaustausch gewährleisten zu können. Das neue Format wird akzeptiert und kommt gut an. Was mir auch wichtig ist, ist, dass wir nicht nur jene Menschen zu

Wort kommen lassen, die sich schon lange Jahre in besonders traditionsreichen, ehrwürdigen Positionen befinden. Diese Bevorzugung habe ich beim EFA abgeschafft. Frischer Wind, innovative Ideen und kluge, dynamische Köpfe sind nötig, um die gesamte Bandbreite an Ansichten und Wissen beim EFA zur Schau zu stellen.

P: Welche Vorstellungen und Visionen haben Sie für das EFA der Zukunft?

Raidl: Schon seit 1970 sehe ich den „USP“ des EFA darin, dass wir dem aufstrebenden Nachwuchs die Chance bieten, wichtige Persönlichkeiten treffen zu können. Ohne Berührungängste sollen Stipendiatinnen und Stipendiaten sowie Interessierte die Möglichkeit haben, wichtige internationale und regionale Größen aus Wissenschaft, Politik, Medizin und Technik kennenzulernen und sich mit ihnen auszutauschen. Geografisch gesehen wurden in Südosteuropa bereits eigene Alpbach-Alumnigruppen gegründet. Daher wäre für mich Westeuropa – wie etwa Deutschland oder auch England oder Frankreich – ein nächster wichtiger Schritt. In diesem Bereich besteht natürlich ein hoher Konkurrenzdruck zu anderen Veranstaltungen, doch dem kann das EFA ohne Zweifel standhalten. Wenn wir die Zukunft thematisch und besonders auch unter einem wirtschaftlichen Gesichtspunkt betrachten, bin ich sowohl inhaltlich als auch mit den ausgewählten Sprechern sehr zufrieden gewesen. Insgesamt sehe ich der Qualität unseres EFA sehr optimistisch entgegen. Ich glaube, dass wir in Österreich und in den angrenzenden Ländern sowie in Südosteuropa fest als angesehene Veranstaltung etabliert sind. Auch die Themengebiete, die von uns behandelt werden, erfüllen ein hohes Maß an Qualitätsansprüchen. So ist es besonders wichtig,

sich mit den grundlegenden Fragen zu beschäftigen, um fundierte Entscheidungen treffen zu können. Denn immer wieder müssen neue Antworten auf altbekannte Fragen, wie zum Beispiel zu Bildung, Föderalismus und Pensionssystem, gefunden werden. Getreu dem Gedanken des EFA muss interdisziplinär nach neuen Lösungen gesucht werden. Es soll weiter sowohl auf akademisch als auch auf praktisch höchstem Niveau gearbeitet werden. Mein Ziel für die Zukunft ist es weiterhin, die Spitzenakademiker, Professoren und Wissenschaftler dieser Welt für unsere Gespräche zu gewinnen. Aber auch Vertreter der Großindustrie spielen eine wichtige Rolle in unserer Gesellschaft und dürfen nicht vergessen werden. Wir müssen Österreich weiter internationalisieren und das Thema Mittel- und Westeuropa noch mehr berücksichtigen.

P: Welche Erwartungen haben Sie an den neuen Finanzminister?

Raidl: Kurzfristig gesehen wird es seine erste Aufgabe sein, das dringende Problem der Steuerreform zu lösen. Weiters muss an den gesamten Ausgaben gespart werden. Eine Kürzung der Gesamtbelastung, die derzeit bei etwa 45,4 Prozent liegt, ist dringend notwendig. Eine Steuerreform kann nicht nur einige Steuern reduzieren und andere neu erfinden. Die Idee, sie nur ausgabenseitig umzusetzen, wird so nicht möglich sein. Man muss auch von der Einnahmenseite her Adaptionen vornehmen. Mein Vorschlag wäre zum Beispiel, die KEST, die derzeit bei 25 Prozent liegt, um fünf Prozentpunkte zu erhöhen. Obwohl das verfassungsrechtlich abgesichert ist, könnte man hier einen neuen Weg einschlagen. Weiters könnte ich mir auch eine Erhöhung der Grundsteuer, die aus einer Gemeindeabgabe ist, gut vorstellen. Auf längere Sicht müssen

die Ausgaben umgeschichtet werden. Von vergangenheitsbezogenen auf zukunftsbezogene Ausgaben, die sich auf Erziehung, Innovation, Forschung und Entwicklung konzentrieren. Nur so kann eine Veränderung herbeigeführt werden. Auch strukturelle Reformen, die zu Einsparungen wie etwa im Gesundheitswesen führen, und Änderungen im föderalen Aufbau wie zum Beispiel hinsichtlich Doppelförderungen zwischen Bund und Ländern müssen umgesetzt werden. Längerfristig sollte man sich vielleicht – nicht nur als Finanzminister, sondern insgesamt – eine Reform der Verfassung überlegen. Vielleicht ist es bis 2020 möglich, eine Veränderung, die vor allem den Aufbau des Bundesstaates regelt und die EU-Ebene mitberücksichtigt, zu erarbeiten. Der Finanzminister verwaltet die finanziellen Mittel und muss die Ausgaben verantworten.

P: Gibt es zum EFA eine Botschaft an unsere PERISKOP-Leser?

Raidl: Das EFA gibt einem Menschen reale Eindrücke darüber, wie Menschen agieren, präsentieren und diskutieren. Zudem bringt es den Teilnehmenden Themen näher, die hochaktuell sind. Mein Wunsch ist es, dass Menschen nicht nur mit einem höheren Niveau an Wissen nach Hause gehen, sondern auch, dass die hier geführten Diskussionen Auswirkungen auf deren weiteres Leben und Tun haben. Die Gespräche in Alpbach sollen auch Einfluss auf die Politik ausüben und einen Anstoß für neue Gesetze bieten. Abgesehen davon ist das EFA seit je Österreichs beste Vernetzungsplattform. ■

BioBox:

Nach dem Abschluss seines Studiums der Wirtschaftswissenschaften an der Hochschule für Welthandel in Wien im Jahr 1966 war Dkfm. Dr. Claus J. Raidl Assistent am Institut für angewandte Sozial- und Wirtschaftsforschung. Von 1985 bis 1992 war er stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der Voest-Alpine Stahl. In dieser Zeit war er auch Mitglied des Vorstandes der Austrian Industries AG und ab 1991 fungierte er als Vorsitzender des Vorstandes der Böhler-Uddeholm AG. Zwischen September 2007 und 2010 war Claus J. Raidl auch Vorstandsmitglied der Voest-Alpine AG. Seit 2008 ist Raidl der Vorsitzende (Präsident) des Generalrates der Oesterreichischen Nationalbank und seit 2012 ist er auch Vizepräsident des Europäischen Forums Alpbach und für die Themengebiete Wirtschafts- und Finanzmarktgespräche zuständig.



A professional headshot of Dr. Claus J. Raidl, an older man with glasses, wearing a dark pinstriped suit, a light blue shirt, and a green tie with white polka dots. He is looking directly at the camera with a neutral expression. The background is plain white.

DKFM. DR. CLAUS J. RAIDL
Vizepräsident des Europäischen
Forum Alpbach (EFA)

— Auszüge aus den Medien —



Aichinger: Wir wollen möglichst viele Kinder, KindergartenpädagogInnen und natürlich auch die Eltern in dieses Projekt einbinden. ROKO soll ein nicht mehr weg-zudenkender, fixer und vor allem nachhaltiger Bestandteil im Kindergartenleben werden.

Florian Dungi | Vienna Warriors

P: Sledge-Eishockey wurde in den 60er Jahren in Schweden erfunden. Wie haben Sie diese Sportart für sich entdeckt?

Dungi: Als sportbegeisterter Mensch habe ich viele Sportarten ausprobiert. Sledge-Eishockey kann ich leider selbst nicht spielen, da meine Rumpfstabilität zu stark eingeschränkt ist. 2011 wollte Harald Lange Sledge-Eishockey in Österreich bekannt machen, und veranstaltete einige Probetrainings. Sofort war ich davon begeistert und wollte einen Verband gründen. Ende 2012 bekamen wir einen Platz in der Eishalle und konnten starten.

P: Bei dieser Sportart geht es um Zusammenhalt und Teamgeist. Wie fanden Sie die Idee des PCCC Spendengelder auch sportlich zu erspielen?

Dungi: Nach meinem schweren Unfall konnte mir nur das Mannschaftsgefühl beim Rugby helfen, die Situation zu bewältigen. Sport mit Gleichgesinnten war für mich wie eine Therapie. Deswegen bin ich von der Idee, Spenden gemeinsam zu erspielen, begeistert. Sport verbindet und motiviert Menschen.

P: Zdenek Vanek, der Vater des internationalen Ice-Hockey Star Thomas Vanek, ist Nationalteamtrainer und sportlicher Leiter. Konnten Sie Thomas Vanek auch schon persönlich treffen?

Dungi: Thomas Vanek durfte ich Zuhause besuchen und ihn für mein Magazin ‚Valid-Leben‘ interviewen. Sportlich und menschlich gesehen ist er sicherlich eines meiner Vorbilder. Auch als Superstar ist er bodenständig und weiterhin zielstrebig.

P: Welche Gedanken hatten Sie, als Ihnen der Spendenscheck überreicht wurde?

Dungi: Als ich den hohen Spendenbetrag sah, konnte ich meine Gedanken gar nicht mehr sortieren. Diese Summe eröffnet uns so viele Möglichkeiten. Durch die Spendensumme können wir nun mit besserem Equipment zweimal – wöchentlich aufs Eis gehen, denn alleine die Mietgebühr der Eishalle verschlingt einen Großteil der Kapazitäten.

P: Sie möchten 2022 bei den Para-Olympics mitwirken. Inwiefern unterstützen Sie die Spendengelder aus dem PCCC dabei dem Ziel näher zu kommen?

Dungi: Das zusätzliche Training bringt uns dem Mitwirken an den Paralympics ein großes Stück näher. Wir wollen Sledge-Eishockey nicht nur als „Zeitvertreib“ spielen sondern professionell betreiben. Dazu bedarf es neben regelmäßigen Trainings auch passende Ausrüstung. Nur so können wir uns für nationale- und internationale Wettkämpfe qualifizieren und auch gute Ergebnisse erzielen, die uns stolz machen. ■



Vienna Warriors

DIE DIAMANT SPENDER DES PCCC:

Gebrüder OITNER GmbH
PERI Group

GROSSZÜGIGE UND ENGAGIERTE SPENDER DER PCCC:

- Anton Quehenberger Dachdecker- und Spenglermeisterbetrieb GmbH
- Pflasterbau Brunmair
- CERASASSO by Wilfried Bast
- EVITA Palmencompany
- Helmut Skazel Bau- und Kunstschlosserei
- Lundbeck Austria GmbH
- Maximilian Neuhofer Installationstechnik GmbH
- Mundipharma Gesellschaft m.b.H
- Sailer Karl GmbH & Co KG
- Sebastian Praschberger GmbH, Altholzhandel & Sägewerk
- Tischlerei Gebrüder Vietz OEG
- Wohnbau Widerhofer Stadtbaumeisterei GmbH & Co KG
- Wielend Transport & Handels GmbH
- Wirtschaftskammer Wien



Pöndorfer Country
Charity Challenge 2014

Public Value – was bringt dieses neue Konzept?

Künstliche Ansichten eines Wissenschaftlers: Teil 43
Ein Artikel von Reinhard Riedl

BBC und ORF, Bayern München, Wohnbaugesellschaften, Gesundheitskonzerne und die Weltbank – sie alle arbeiten mittlerweile mit dem Public-Value-Modell der Kennedy School of Government. Doch was bringt das außer guter PR und Presse? Ich meine, das Modell reduziert Risiken und senkt Kosten, doch es muss weiterentwickelt werden.

Wenn es um die Beurteilung des gesellschaftlichen Nutzens geht, greift die finanzielle Buchhaltung zu kurz. Das Engagement der öffentlichen Verwaltung und staatsnaher Unternehmen ist politisch begründet und bedarf einer demokratischen Legitimation. Aber auch das soziale Engagement der Wirtschaft bringt größeren Nutzen und ist in jeder Hinsicht nachhaltiger, wenn es politisch auf eine breitere gesellschaftliche Wirkung ausgerichtet wird – allein schon deshalb, weil es in der Regel nur in Zusammenarbeit mit öffentlichen Institutionen gedeiht.

Werte und Wirklichkeit sind zweierlei

Die Erfahrung zeigt aber – und zwar beim Staat wie in der Privatwirtschaft –, dass die von grundsätzlichen Wertüberlegungen geleitete politische Festlegung von Vorgaben und Regeln nicht selten mehr Geld verschleudert (und dadurch in der Folge die Werte selber infrage stellt) als ineffiziente Organisations- und Arbeitsformen. Oft wird die Ineffizienz durch das Primat der Werteperspektive geradezu konstruiert und kann weder durch Engagement noch durch Fachkenntnis der Verantwortlichen überwunden werden. In der Schweiz ist es beispielsweise der politische Umgang mit dem Asylwesen, der immer wieder entsetzt: Und zwar nicht wegen der Werthaltungen (über die man respektvoll miteinander streitet), sondern wegen der Nichtberücksichtigung der existierenden Praxiser-

fahrungen aus dem In- und Ausland. In Österreich dagegen scheint es mir häufig das Problem zu sein, dass das systemimmanente Fehlen fachlicher Kompetenzen gern ignoriert wird.

Beispiel: Fiktion der Fachkompetenz

Das Problem ist, dass man so tut, als hätte Ausbildung in der Praxis eine Bedeutung und als wäre es normal, dass Rolle und Qualifikation zusammenpassen. Meine Beobachtung ist, dass bei der Rekrutierung häufig gar nicht auf Noten geschaut wird und dass eine Überprüfung, ob Job und Qualifikation des Jobinhabers zusammenpassen, ganz selten stattfindet. Es sind im Gesundheitswesen vielleicht nur Einzelfälle, aber so viele, dass man über die systemischen Ursachen nachdenken sollte: Wenn manche Ärzte die vorhandenen Informationssysteme nicht nutzen, manche Apotheken innovative Dienstleistungen verweigern (Beispiel: Abgabe von Medikamenten in der Blister-Packung) oder ganz banal die Kassa mancherorts eine halbe Stunde vor Geschäftsschluss schließt (Beispiel: ein Sanitätshaus), so hat das in der Regel nicht mit Ignoranz zu tun, sondern mit Überforderung der Akteure. Wenn sich jemand mit dem Kassamachen schwer tut, macht er das halt früh und ist froh, wenn er lange vor Geschäftsschluss damit fertig ist. Innovative Dienstleistungen wiederum müssen zuerst verstanden werden, bevor die Menschen bereit sind, sie anzubieten.

Das Grundkonzept der Public-Value-Theorie

Wer das Umsetzungsrisiko für politisch motivierte Vorhaben reduzieren will, muss sich deshalb mit den konkreten Interessen, Fähigkeiten und Routinen der betroffenen Akteure (Stakeholder) auseinandersetzen, ebenso wie mit den Praxiserfahrungen anderswo und der Veränderungshistorie vor Ort. Sonst ist das Ergebnis fast immer dasselbe: Engagierte Praktiker reiben sich im Alltag auf, aber aufgrund wertebedingter Fiktionen und Fehlkonstruktionen bleibt der Nutzen bescheiden. Die Public-Value-Theorie versucht sich dieser Grundherausforderung anzunehmen. Dafür nimmt sie das Zusammenspiel von drei kritischen Steuerungsfaktoren öffentlichen Handelns unter die Lupe: Nutzen eines Vorhabens, Legitimation des Vorhabens sowie Ressourcen für seine Realisierung. Das klingt einfach – Dreiermodelle sind auch in der Medizin populär (z.B. die drei Burn-out-Phasen) –, ist aber nur der erste Schritt zur Erfassung des Problems. Der zweite besteht in der differenzierten Analyse und Modellierung der drei Steuerungsfaktoren. Für die Nutzenperspektive wurde dies in den letzten Jahren gemacht. Dabei wird nicht der Nutzen für „die Gesellschaft“ betrachtet, sondern der Nutzen für unterschiedliche Stakeholder, basierend auf einer Unterscheidung diverser Nutzenarten

(ökonomisch, sozial, strategisch, reputationsbezogen,...) und unter Berücksichtigung möglichen negativen Nutzens. Das liefert ein klares Bild der Wirkung von Vorhaben. Für das Verständnis der Dynamik dieser Wirkung muss aber zusätzlich der konkrete Wandel studiert werden, den ein Vorhaben für die Akteure verursacht. Wobei es methodisch sinnvoller ist, zuerst den Wandel und nachfolgend erst den Nutzen zu identifizieren. Die Anwendung der Theoriekonzepte in der Praxis (z.B. mit geführten Stakeholder-Workshops) zeigt, dass damit Risiken rechtzeitig erkannt und Reibungsverluste reduziert werden können.

Fiktive Trennung von Staat und Privatwirtschaft

Noch zu wenig praxistauglich ausgearbeitet wurde die Public-Value-Theorie in Bezug auf Legitimation und Ressourcen. Die Legitimationsfrage wird sich in Zukunft auch für die Privatwirtschaft in all jenen Bereichen stellen, in denen sich Staat und Wirtschaft zunehmend miteinander verweben. Also fast überall. Denn die Wirtschaft übernimmt immer mehr Aufgaben von Politik und Verwaltung, und diese setzen umgekehrt immer mehr Spielregeln für die Wirtschaft. Da gleichzeitig politische Gruppen massiv Märkte umgestalten (z.B. die Piraten den Musikmarkt) oder sogar unternehmerisch tätig werden, löst sich die Trennung zwischen gewinnorientierten und politisch finanzierten Vorhaben immer weiter auf. In diesem Kontext gewinnt die institutionelle Krise der EU besonderes Gewicht. Denn hier droht der demokratische Anker Europas sich vom Grund zu lösen. Die Stärkung des EU-Parlaments verbessert die Legitimation der EU-Aktivitäten nur wenig, solange es keine europäische Öffentlichkeit gibt. Die gleichzeitige Schwächung der nationalen Parlamente führt dagegen sogar zu Legitimationsverlust. Die (von COR und anderen) ausgegebene Devise „Ziel = Multi-level Multistakeholder Governance“ ist zwar im Grundsatz sehr vernünftig, ihre Umsetzung aber derzeit Gegenstand der angewandten Grundlagenforschung.

Praktisch nutzbringend, aber ...

Fazit: Die Public-Value-Theorie steht erst am Anfang. Sie hilft (oder hilft), die Wirkung und Dynamik öffentlicher Vorhaben von Anfang an besser zu verstehen – beispielsweise im E-Health-Bereich, bei Big Data oder dem sportlichen Engagement von Getränkeherstellern. Aber zum Steuerungsfaktor „Legitimation“ gibt es großen Forschungsbedarf. ■



ESSENTIALS

Werbung • PR • Media

SERVICE. STRATEGIEN. SCHABERNACK.
WELLDONE, WERBUNG UND PR.



Damit PR- und Werbekonzepte auch wirklich funktionieren, muss man auch wissen, wie PR und Werbung wirklich funktionieren. Unser Wissen, unsere Erfahrungen, unsere Kreativität Tag für Tag mit und für unsere Kunden einzusetzen, um gemeinsam definierte Ziele zu erreichen – das ist unsere Mission. Wie wir das machen, das verraten wir Ihnen hier...

MEDIA

Welches Vehikel führt ans Werbeziel?

Das „Casting“ um die im Mediaplan zu vergebenden Plätze ist erfahrungsgemäß ein knappes Rennen. Jedes Jahr erscheinen neue Printtitel, die ihren Anteil am Schaltbudget beanspruchen wollen. Nicht wenige dieser Neuerscheinungen scheitern allerdings am bereits gesättigten Markt.

Der Mediaplaner kann auf eine Reihe von Kennzahlen zurückgreifen, um die Auswahl an „Kandidaten“ einzuschränken. Von zentraler Bedeutung ist der Tausenderkontaktpreis (TKP), der die relativen Kosten angibt, die zum Erreichen von 1000 Personen innerhalb der Zielgruppe aufgewendet werden müssten. Nehmen wir als Beispiel ein Anglermagazin, welches 10.000 Leser hat: Bei einem Anzeigentarif von 1000 Euro würde sich der TKP auf 100 Euro belaufen. Ein Hersteller von Angelausrüstung würde also 100 Euro pro 1000 erreichter (potenzieller) Angler investieren müssen.

Eine weitere wichtige Kennzahl in der Medienauswahl ist die Nettoreichweite (NRW). Sie gibt die Anzahl der erreichten Personen im Gesamtpotenzial der Zielgruppe in Prozent an. Die Grundlage für die Berechnung dieser Werte können die jährlich aktualisierten Daten der Mediaanalyse oder Erhebungen des Mediums selbst sein. Kennzahlen beantworten aber nur das quantitative Ausmaß, in welchem die Zielgruppe penetriert werden kann. Qualitative Aussagen bedürfen einer weiteren Betrachtung.

Folgende Fragen müssen daher ebenso in die Medienauswahl einfließen:

- ▶ Passen die redaktionellen Umfelder zu meiner Marke/Botschaft?
- ▶ Entsprechen Haptik und Papierqualität den Anforderungen?
- ▶ Kann es zu einem positiven bzw. negativen Imagetransfer durch das Medium auf das Produkt kommen?

Fachpublikationen, Special-Interest-Titel, Qualitätszeitungen und der Boulevard nehmen unterschiedliche Rollen in der Medienlandschaft ein. So spielt es bei der Wahrnehmung der platzierten Werbung eine große Rolle, ob der Leser ein Medium als vertrauenswürdig, kompetent, volksthümlich oder gar „cool“ empfindet. Denn gesehen heißt noch nicht gemerkt und gemerkt noch lange nicht geglaubt ... ■

Dietmar Pichler,
Media Beratung Welldone

PUBLIC RELATIONS

Smarte Gesundheit

Gesundbleiben war noch nie so smart: Derzeit gibt es knapp 100.000 Apps, die uns ein vielfältiges Angebot zum Thema Gesundheit im täglichen Leben zur Verfügung stellen. Der Boom des mobilen Health-Sektors zeigt die unterschiedlichsten Variablen, von denen Gesundheit abhängt. Mobile Apps sind ein vielversprechender neuer Informationskanal in der Prävention und eine hervorragende Möglichkeit, gesundheitsbezogene Botschaften zu verbreiten. Die einfache und schnelle Usability verleiht dem Konzept „Gesundheit“ eine neue digitale Komponente. So können Diabetestypen mit einer App ihre Blutzuckerwerte managen oder kann uns eine Schritte-App daran erinnern, doch noch ein bisschen weiter zu gehen. Gesundbleiben hat einen neuen Weg eingeschlagen und ist mittlerweile ein Lebensstil. Die Apps ermöglichen es uns, dass wir unsere Gesundheit selbst in die Hand nehmen und gezielte Informationen und Hilfestellungen bekommen. Die Interaktion spielt dabei eine große Rolle – ein Communication-Flow zwischen Mensch und Technik, der auf Augenhöhe passiert, macht diesen Sektor umso spannender. Aus der Medienpsychologie ist bekannt, dass ein Lob der Maschinen bei Menschen ankommt, und Komplimente von Computern können uns zufrieden und glücklich machen. Doch wie schafft man es, in dieser Informationsflut zu „überleben“?

Die strukturierte Aufbereitung von Informationen und die Glaubwürdigkeit von Inhalten sind ein wesentliches Kriterium bei der Orientierung. Eine effiziente Nutzung von Kommunikationskanälen und eine weitreichende Verbreitung von Messages – besser könnte PR nicht definiert werden! Was wiederum unser Stichwort ist. Auch wir wissen, an welchem „Rezeptor“ wir ansetzen müssen, um die richtigen Botschaften und Signale im Kommunikationsprozess unserer Kunden zu übermitteln. Aber auch wenn die digitale Gesundheit auf dem Vormarsch ist, vergessen Sie nicht: *An App-le a day keeps the doctor not away!*

Mag. (FH) Martina Dick,
Senior-PR-Consultant Welldone

AGENTURLEITUNG

DIE MARKIERUNGSARBEITEN SIND ABGESCHLOSSEN

In der PERISKOP-Ausgabe 60 ging es in meinem ESSENTIALS-Beitrag um das plakative Thema BRANDING, BRANDING, BRANDING, was so viel bedeutet wie „Markierung“ und dem Aufbau von Marken dient. Was umfasst nun das Branding genau? Also: die Kreation des Markennamens, das Design des Logos sowie die Gestaltung von Produkt oder Packung. Diese Elemente müssen unbedingt aufeinander abgestimmt sein, um den Markenaufbau optimal zu unterstützen.

Es ist vollbracht! Das Herz Ihrer Marke ist am rechten Fleck und mit der Bewerbung kann gestartet werden. Besonders relevant ist an dieser Stelle das Festlegen des Werbeziels. Dieses muss genau vorgeben, was die Werbeaktivitäten zum Erfüllen der Marketingziele beitragen sollen. Werbung kann das Verhalten oder Image prägen und wirkt über vier Faktoren:

- ▶ Einstellung,
- ▶ Motivation,
- ▶ Hemmfaktoren und
- ▶ Steuerung.

Diese sind untrennbar miteinander verbunden und beeinflussen sich gegenseitig. Werbung, die eine zustimmende Einstellung bewirken soll, motiviert. Motivation wiederum führt zu einer positiven Veränderung der Einstellung. Werbung, die motiviert, baut Hemmfaktoren ab und steuert. Trotzdem müssen diese Faktoren einzeln betrachtet und von Fall zu Fall verschieden gewichtet werden. Bei Verhaltenszielen wird verstärkt auf Motivationswirkungen gesetzt, bei Imagezielen auf Einstellungswirkungen. Das geplante Beeinflussen dieser Faktoren – von einem bestehenden Ist-Zustand zu einem gewünschten Soll-Zustand – ist die Werbezielwirkung und der definierte Soll-Zustand das Werbeziel.

Im Rahmen des Briefings ist die Zielsetzung so klar und eindeutig zu formulieren, dass es zu keinen Missverständnissen kommen kann. Nur so können teure Korrekturmaßnahmen von Anfang an vermieden werden. Absolutes A und O bei Zielvorgaben ist, dass diejenigen, die das Ziel verfolgen sollen, auch einen kontrollierbaren Einfluss auf dessen Erreichung haben.

Ist nun auch das Werbeziel definiert und die Werbeagentur gebrieft, kann es an die Konzepterarbeitung und Umsetzung der Werbemittel gehen.

Dabei weicht man zwar in der heutigen Zeit manchmal vom Weg der klassischen Medien ab und geht verstärkt in Richtung Einsatz dialogfähiger Medien. Doch bei den klassischen Werbemitteln ist die ungeschlagene Nummer eins und die Königsdisziplin für Kreative immer noch die Anzeigenwerbung. Grund dafür ist unter anderem die schnelle und einfache Realisierbarkeit und – nicht außer Acht zu lassen! – die hohe Reichweite und Affinität bei der richtigen Medienwahl.

Doch wie erreicht man nun mit einer Anzeige, im Wettbewerb mit einem Fluss anderer Informationen, den Konsumenten? Oft ist das Ziel der Verbraucher ganz eindeutig: Werbung meiden statt wahrnehmen. Aufgrund der Fülle an Informationen haben Konsumenten gnadenlose Selektionsmechanismen entwickelt, die genau jene Informationen herausfiltern, die für sie relevant sind. Sekundenschnell wird entschieden, welche davon weiterverarbeitet werden sollen und welche nicht. „Zwei der wichtigsten Faktoren, die bestimmen, wie viel Aufmerksamkeit ein Konsument einer Werbung schenkt, sind seine eigenen Bedürfnisse und die kreativen Techniken, die zur Vermittlung der Werbebotschaft eingesetzt wurden.“ (Ogilvy Center of Research & Development.) Eine Anzeige muss attraktiv und interessant sein und dosierte, jedoch relevante Informationen vermitteln, um Menschen zu aktivieren. Wichtig ist, dass die Botschaft keine hohe Informationsdichte aufweist, sondern reduziert und klar ist. Ein Leser nimmt sich maximal zwei bis drei Sekunden Zeit, bevor er eine Anzeige überblättert. In dieser Zeit muss es gelingen, seine Aufmerksamkeit zu gewinnen und auf die Anzeige zu lenken.

Bei der Gestaltung von Anzeigen sind ein paar Grundregeln zu beachten. Bilder werden immer als Erstes aufgenommen – zuerst große, dann kleine. Dem Key-Visual kommt somit eine besondere Bedeutung zu. Danach kommt die Headline und bei guter Umsetzung vielleicht noch der Fließtext (das hören Texter und Kunden am wenigsten gerne). Auch die Typografie ist nicht außer Acht zu lassen. Richtig gewählt, sorgt sie für ein leichtes Erfassen. Die Headline sollte dabei immer kurz und groß/klein geschrieben sein, da eine reine Versalschreibweise deutlich schwerer lesbar ist. Besteht der Fließtext aus längeren Textpassagen (was absolut vermieden werden sollte), ist dieser um einiges leichter lesbar, wenn er linksbündig im Flattersatz gesetzt ist. Das Einfügen von Leerzeilen zwischen den Absätzen sorgt ebenfalls für eine leichtere Lesbarkeit. Mit Hervorhebungen durch Schriftschnitte und Farben ist außerdem sehr sparsam umzugehen.

Aber das war noch lange nicht alles. Mehr rund um das Thema Werbung erfahren Sie in den nächsten ESSENTIALS. ■

Mag. (FH) Birgit Bernhard,
Agenturleitung Welldone

„Mehr als zwei bis drei Sekunden haben Werber nicht.“

Österreichisches Brustkrebs-Früherkennungsprogramm startet Informationskampagne

Am 1. Jänner 2014 startete das qualitätsgesicherte Österreichische Brustkrebs-Früherkennungsprogramm „früh erkennen“, das alle Mammographie-Angebote zur Früherkennung von Brustkrebs vor 2014 ablöst. Das qualitätsgesicherte Mammographie-Screening gilt derzeit als die verlässlichste Methode zur Früherkennung von Brustkrebs. Umfassende Qualitätskriterien für die Untersuchung – wie eine standardisierte Doppelbefundung sowie neueste technische Geräte – und verbindliche Zertifizierungen für die am Früherkennungsprogramm teilnehmenden Radiologinnen und Radiologen sichern die hohe Qualität des Programms. Im Oktober startet eine österreichweite Informationskampagne zur Brustkrebsfrüherkennung.

nerungsbändchen wurde zudem ein starkes Symbol für die Brustkrebs-Früherkennung gefunden. Dieses Bändchen soll von den radiologischen Standorten in Zusammenhang mit einer Früherkennungsmammographie an die Frauen verteilt werden und sie an die Untersuchung erinnern. Die beiden wichtigsten Informationsquellen, die Telefon-Serviceline und die Website, werden im Rahmen der Informationsoffensive aktiv kommuniziert. Frauen soll so eine informierte Entscheidung ergänzend zur Beratung durch ihre Vertrauensärztin bzw. ihren Vertrauensarzt ermöglicht werden.

Steigende Zahl an Früherkennungsmammographien

Einmal mehr wird im Rahmen der Informationskampagne auch auf die vor kurzem umgesetzten Maßnahmen, wie die Freischaltung der e-card für die Kernzielgruppe, das

Teilnahme am Programm für Frauen ab 40 Jahren

Das qualitätsgesicherte Programm richtet sich an gesunde Frauen ohne Anzeichen einer Brustkrebserkrankung. Frauen zwischen 45 und 69 Jahren – die Kernzielgruppe des Programms –, die nach internationalen Studien den größten Nutzen von der Teilnahme an einem Screeningprogramm haben, können bei einem am Programm teilnehmenden Radiologiestandort regelmäßig alle 24 Monate mit ihrer e-card zur Früherkennungsmammographie gehen; die e-card ist alle 24 Monate für die Untersuchung freigeschaltet, das Einladungsschreiben der Sozialversicherung soll Frauen daran erinnern. „Mir ist auch wichtig, dass die ‚richtigen‘ Frauen im ‚richtigen‘ Intervall zu der für sie so wichtigen Untersuchung gehen, damit Brustkrebs möglichst früh erkannt und bestmöglich behandelt werden kann. Mit ‚richtig‘ meine ich vor allem die Kernzielgruppe der 45- bis 69-jährigen Frauen“, so Dr. Marianne Bernhart, programmverantwortliche Medizinerin des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms. Frauen von 40 bis 44 Jahren sowie ab 70 Jahren können sich telefonisch bei der Serviceline unter 0800 500 181 oder online auf www.frueh-erkennen.at zur Teilnahme am Programm anmelden. Mit der Einladung, die sie per Post erhalten und ihrer e-card gehen sie zur Untersuchung. Die Einladungsunterlagen beinhalten auch Informationen über die Vor- und Nachteile der Früherkennungsmammographie. Sie sollen dazu beitragen, dass die Frauen, ggf. gemeinsam mit ihrer Vertrauensärztin bzw. ihrem Vertrauensarzt – die Für und Wider der Untersuchung abwägen können. Für Frauen dieser Altersgruppen nimmt die umfassende Information über Nutzen und Risiken der Früherkennungsmammographie einen besonderen Stellenwert ein, weil basierend auf internationalen Studien in den meisten Ländern eine Früherkennungsmammographie alle 2 Jahre für Frauen von 50 bis 69 Jahren empfohlen wird.

Früherkennungsmammographie - warum erst ab 40?

Bei Frauen vor 40 Jahren ist das Brustgewebe meist so dicht, dass bei einer Mammographieaufnahme viel schwieriger gesundes von krankem Gewebe unterschieden werden kann. Zudem ist Brustkrebs bei jungen Frauen seltener und ihr Brustgewebe ist empfindlicher gegenüber Röntgenstrahlen. Es ist nicht auszuschließen, dass die Mammographie aufgrund der deutlich erhöhten Strahlensensibilität des Brustdrüsengewebes bei jungen Frauen sogar schädlich sein kann. Daher wird die Mammographie als systematische Früherkennungsuntersuchung für unter 40-jährige Frauen weltweit von keiner medizinischen Fachgesellschaft empfohlen. Wichtig für alle Frauen ist, dass die diagnostische Mammographie zur Abklärung von Beschwerden, bei Krankheitsverdacht, bei einer Brustkrebserkrankung oder im Rahmen der Nachsorge und bei familiär erhöhtem Risiko weiterhin

auf Zuweisung durch die Vertrauensärztin bzw. den Vertrauensarzt erfolgt.

Neue Programmleitung

Die neue Programmleiterin, Mag. Romana Ruda, die mit 1. August 2014 die Leitung des Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms übernommen hat, wird den Erfolg des neuen qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings weiter vorantreiben. „Wir sind zufrieden, dass das Programm immer besser angenommen wird. Es ist uns aber bewusst, dass viele Frauen mit dem Nutzen und Ablauf des neuen Systems noch nicht ausreichend vertraut sind, deswegen wollen wir verstärkt informieren“, so Romana Ruda über die aktuelle Informationskampagne. ■

Webseite: www.frueh-erkennen.at

Telefon-Serviceline 0800 500 181 (Mo-Fr 8:00 – 18:00 Uhr)



Die Informationskampagne des österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms, die im Brustkrebsmonat Oktober startet, soll Frauen emotional ansprechen und auf das Programm aufmerksam machen sowie sie umfassend über die neue Möglichkeit der Früherkennungsmammographie informieren. Sie wird ab Oktober österreichweit mit Plakaten, Medien-Inserten und online umgesetzt. Mit dem grünen Erin-

nkrafttreten der neuen Indikationenliste für die diagnostische Mammographie sowie die Aufhebung der Altersgrenzen nach oben, hingewiesen werden. Nicht zuletzt sind diese dafür verantwortlich, dass sich das Programm positiv entwickelt: Österreichweit wurden seit Jahresbeginn rund 410.000 Mammographien durchgeführt. Der Anteil der Früherkennungsmammographien an der Gesamtzahl liegt schon bei über 60 Prozent.



Mag. Romana Ruda



Dr. Marianne Bernhart