

periskop

Nr. 62
Dez. 2014

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

▶

»Veränderung von Gesellschaft und Gesundheitswesen müssen Hand in Hand gehen«

Dr. Josef Probst, Generaldirektor im Hauptverband
der österreichischen Sozialversicherungsträger

»NEVERTHELESS, I LIKE CHALLENGES.«

Judit Simon, Professorin für Gesundheitsökonomie
an der MedUni Wien, im Gespräch

PODIUMSDISKUSSION:

BEISPIEL GESUNDHEITSWESEN – WIE REFORMWILLIG IST ÖSTERREICH?

Diskussion über die Reformwilligkeit an Hand der
Beispiele Erstattungskodex, ELGA und Zielsteuerungs-
system – in Kooperation mit „KURIER“

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

dem österreichischen Gesundheitswesen stehen einige Veränderungen ins Haus – Dr. Josef Probst, Generaldirektor im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, nimmt im PERISKOP 62 Stellung zur Strukturierung der Primärversorgung und berichtet, welche weiteren Projekte im Rahmen der Gesundheitsreform umgesetzt werden. Das Optimierungspotenzial im heimischen Gesundheitswesen skizziert Dr. Josef Moser, Präsident des Rechnungshofs. Er spricht sich für ein landesweites einheitliches Transparenzniveau sowie die Einhaltung von Qualitätsvorgaben laut Krankenanstaltenrecht und Österreichischem Strukturplan Gesundheit aus. Mag. Martin Schaffenrath, Hauptverband, thematisiert die steigende Anzahl chronisch Erkrankter als eine der größten Herausforderungen des Gesundheitssystems. Der Frage nach dem Reformwillen Österreichs ging die PERI Group in einer von ihr initiierten namhaft besetzten Diskussionsrunde nach.

In Österreich erleidet einer von 350 Einwohnern pro Jahr eine so schwere Verbrennung, dass ein stationärer Krankenhausaufenthalt notwendig ist. Univ.-Prof. Dr. Lars-Peter Kamolz und OA Dr. Herbert Haller sprechen über den derzeitigen Status der Verbrennungsversorgung in unserem Land. Aus Sicht der beiden besteht massiver Handlungsbedarf, das vorrangige Ziel ist die Stärkung der Brandverletztenversorgung. Gleich drei Experten erörtern die Lage der Versorgung von Patienten mit Restless-Legs-Syndrom (RLS). In Österreich erfüllen rund zehn Prozent der Bevölkerung die

Kriterien für einen RLS-Befund, ca. 12.000 Patienten sind von einem schweren RLS betroffen. Über die guten neuen Möglichkeiten der medikamentösen Therapie, den Weg zur Diagnose und den hierzulande klar definierten Behandlungspfad informieren Waltraud Duven, Präsidentin des RLS-Dachverbands Österreich, sowie a. o. Univ.-Prof. Dr. Birgit Högl und Ass.-Prof. Priv.-Doz. Stefan Seidel, beide Neurologen und RLS-Spezialisten. Univ.-Prof. Dr. Albert Tuchmann, Generalsekretär der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie, sieht einem spannenden Jahr entgegen und skizziert die aktuellen Veränderungen für den Berufsstand und das Berufsbild der Chirurgie.

Die unterschiedliche Ausrichtung der Foren Alpbach und Gastein ist Thema des Interviews mit Dr. Armin Fidler, Präsident der European Health Management Association. Für Fidler sind der Fortbestand und die Weiterentwicklung beider Veranstaltungen essenziell. Univ.-Prof. Dr. Sylvia Schwarz berichtet, welche Inhalte für sie und den Obersten Sanitätsrat aktuell Vorrang haben. Mit Judit Simon hat das Zentrum für Public Health der MedUni Wien seit Herbst eine neue Professorin für Gesundheitsökonomie – sie spricht im Interview über ihre Vorhaben und die Zukunft der Gesundheitsökonomie des Landes. Vor genau zehn Jahren, am 1. Jänner 2005, wurde erstmals der Erstattungskodex (EKO) veröffentlicht. Damit wurde das zuvor bestehende Heilmittelverzeichnis (HMV) samt Sonderliste abgelöst. Grund genug für einen Rückblick auf dieses gravierende Reformvorhaben.

Dr. Wilhelm Marhold, Gynäkologe und ehemaliger Generaldirektor des KAV, gewährt Einblick in seine Karriere und seinen persönlichen Zugang zur Medizin. Dass Frauenherzen anders schlagen, ist bekannt, auf die medizinischen Unterschiede und ihre Auswirkungen geht Univ.-Prof. Dr. Alexandra Kautzky-Willer, wissenschaftlich Verantwortliche des la pura med-Konzepts, ein. Experten aus Tirol erläutern im Hintergrundgespräch bestehende Angebote, Entwicklungen und Pläne zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit rheumatoider Arthritis.

Weiters berichten wir über die Sozialstaatsenquete im Oktober, die Initiative der WKO „Gesundheit 2020 – Der Patient im Mittelpunkt“, die Pharmig Academy zum Thema Arzneimittelsicherheit, den Botschaftsempfang im Zeichen des Vergleichs der Zukunftsperspektiven für moderne Gesundheitssysteme in Österreich und Japan sowie über die Vorstellung der „Inklusionsbroschüre für Unternehmen“ auf Initiative von REiNTEGRA in Kooperation mit der Industriellenvereinigung. Unser Ausflug in die Kultur mit Mechthild Bartolomey, Intendantin des Attergauer Kultursommers, dreht sich um den „Wert“ des Künstlers.

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

PERI Business Development

Unter einem Budget-Impact-Modell verstehen viele nur ein Gerüst aus Zahlen – aber es ist weit mehr als das. Ihm zugrunde liegt eine ausführliche Literaturrecherche, ergänzt durch kritische Experteninterviews und interdisziplinäre Diskussionsrunden. So entsteht aus dem Zusammenspiel von statistischer Datenanalyse mit qualitativen Daten und langjähriger praxisorientierter Expertise ein umfassendes Faktenpaket. Und dieses wiederum, in erfahrenen Händen, wird zu einem schlagkräftigen Argument. Genau das ist ein Budget-Impact-Modell.

PERI Change

Nach Karl Popper ist alles Leben Problemlösen, so auch die tägliche Entscheidungsfindung im Gesundheitssektor. Dazu benötigt man gesunden Menschenverstand und Daten. Erstes gibt es in Österreich, brauchbare Daten sind aber eher spärlich. Daher braucht es umfassende Methoden – soziale Prozesse Hand in Hand mit statistischer Analytik und praxisorientierter Erfahrung –, um verfügbare Daten und Expertenwissen für Entscheidungsträger zu verheiraten. So wird eine strukturierte und nachvollziehbare Entscheidungsfindung ermöglicht.

PERI Consulting

„Reform“ ist das Schlüsselwort im Gesundheitswesen und damit auch im PERISKOP: Zu Wort kommen unter anderem der Rechnungshof als lautstarker Mahner, der Generaldirektor des Hauptverbands zu E-Card, Erstattungskodex und Zielsteuerungssystem, die neu bestellte Professorin für Gesundheitsökonomie sowie der scheidende Generaldirektor des Krankenanstaltenverbundes als einer der Väter der Wiener Spitalreform. Unbestritten bleibt: Reformen im Gesundheitswesen erfordern Ambition, Vernetzung sowie fundiertes Wissen um historische, medizinische und wirtschaftliche Zusammenhänge.

PERI Human Relations

Das QALY-Konzept spielt in internationalen Kosten-Effektivitäts-Analysen eine große Rolle. QALY steht für qualitätsbereinigtes Lebensjahr (Quality Adjusted Life Year) und ist eine Größe, in der Lebensdauer und Lebensqualität zusammengefasst werden. QALYs ermöglichen den Vergleich verschiedener therapeutischer Maßnahmen oder Krankheiten. Dahinter verbergen sich aber auch Annahmen, Entscheidungen und weitere wichtige Informationen, die in einer wissenschaftlich korrekten Arbeit, immer mit dem QALY Ergebnis präsentiert werden.

WELLDONE Werbung und PR

Geändertes Kundenverhalten und neue Mediengattungen haben die Art der Kommunikation und die Gestaltung von Kampagnen verändert. Durch die digitalisierte Welt ist der Konsument kritischer und mächtiger denn je geworden. Zeitgemäße Kommunikation stellt neue Anforderungen an Marketer und den unreflektierten Einsatz der „Big Idea“ infrage. Wenn Sie wissen wollen, was zeitgemäße 360-Grad-Kommunikation für Ihre Marke, Ihre Dienstleistung oder Ihr Produkt bedeuten kann, lesen Sie in dieser Ausgabe des PERISKOPS das Welldone ESSENTIAL.

UPDATE Europe

Medizin ist die Kunst, Heilung zu bringen und Leben zu retten. Die rasche und effiziente Integration neuester Erkenntnisse aus der medizinisch-pharmazeutischen Forschung in den medizinischen Alltag ist ein wesentlicher Beitrag zur Erweiterung der Kompetenz der Experten in der Praxis. Umso wichtiger ist es, dass diese Erkenntnisse von einem Partner mit Branchen-, Kommunikations- und Lösungskompetenz effizient und praxisrelevant für klar definierte Arztzielgruppen aufbereitet werden. Denn nur die höchste Qualität schafft nachhaltiges Vertrauen und Kundenzufriedenheit.

+++ MARKET ACCESS LEHRGANG – NEUER TERMIN JÄNNER 2015 +++ INFO & ANMELDUNG



WARM-UP-SESSION MIT DR. MARCUS MÜLLNER AM 13. 1. 2015



WISSENS-CHECK



KOMPETENZ-ZERTIFIKAT



Seite 6:

»Alpbach vs. Gastein: ein Widerspruch?«

Interview mit Dr. Armin Fidler, Präsident der European Health Management Association



Seite 26:

»Unruhige Beine – Restless-Legs-Syndrom«

Interviews mit Waltraud Duven, Präsidentin des RLS Dachverbandes in Österreich sowie ao. Univ.-Prof. Dr. Birgit Högl (Med Uni Innsbruck) und Ass.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Stefan Seidel (MedUni Wien)



Seite 10:

»Optimierungspotenzial im heimischen Gesundheitswesen«

Dr. Josef Moser, Präsident des österreichischen Rechnungshofs im Interview

inhalt

Editorial und Impressum	2
Coverstory-Interview mit Dr. Josef Probst, Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger	4
Interview mit Dr. Armin Fidler, Präsident der European Health Management Association	6
Burden of RA: DDr. Manfred Herold	8
Nachbericht zur 8. Sozialstaatsenquete	8
Frischer Wind im OSR: Prim Univ.-Prof. Dr. Sylvia Schwarz, Oberster Sanitätsrat	9
Interview mit Dr. Josef Moser, Präsident des österreichischen Rechnungshofs	10
Frauenherzen schlagen anders – la pura women's health resort kamptal	12
Verbrennungen gehören an Verbrennungszentren: OA Dr. Herbert Haller und Univ.-Prof. Dr. Lars-Peter Kamolz	14
Interview mit Prof. Judit Simon, Abteilung für Gesundheitsökonomie an der MedUni Wien	16
Interview mit Mag. Martin Schaffenrath, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger	18
Regionalgespräch Tirol: Burden of Rheumatoide Arthritis	19
Nachbericht: Eingliederung in den Berufsalltag für Menschen mit psychischen Erkrankungen	20
Podiumsdiskussion: Wie reformwillig sind wir wirklich?	22
Interview mit Prim. Univ.-Prof. Dr. Albert Tuchmann, Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGG)	24
Zehn Jahre Erstattungskodex	25
Nachbericht: Patient im Mittelpunkt, WKO	26



Seite 12:

»Frauenherzen schlagen anders«

Die Unterschiede im Herz-Kreislauf-System bei Frau und Mann und ihre Auswirkungen
Univ.-Prof. Dr. med. univ. Alexandra Kautzky-Willer

Die unruhigen Beine – Restless-Legs-Syndrom: Im Gespräch mit Waltraud Duven, Univ.-Prof. Dr. Birgit Högl und Ass.-Prof. Dr. Stefan Seidel	27
Nachbericht: Zukunftsperspektiven für Gesundheitssysteme – Japan und Österreich im Vergleich	30
Welldone Essentials: Werbung, PR und Media	32
Attergauer Kultursommer: Kunst, Kultur und Kulisse	33
Welldone Werbung	34
Arzneimittelsicherheit: Internationales Zusammenspiel und intensive Kommunikation	36
Interview mit Dr. Wilhelm Marhold, ehemalige Generaldirektor des KAV	38
Welldone Lounge – Goldener Oktober	40

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: Gesellschaft: Mag. Hanns Kratzer, Anteil: 25,00%; Firma BJK & R Privatstiftung, Anteil: 75,00%. **Autoren:** Martina Dick (Redaktionsleitung), Nina Bennet, Birgit Bernhard, Anna-Lena Kollos, Hanns Kratzer, Maximilian Kunz, Dietmar Pichler, Karin Schneck; **Art-Direktion:** Dieter Lebesch; **Grafik:** Sonja Huber, Stefanie Dippelreiter, Gregor Schabsky-Wernert, Florian Thür; **Fotos:** APA-Fotoservice Mathis (2), digitalvision (1), Greindl

(1), Hämmerle (7), Herold (1), Hesoun (1), Hetfleisch (1), Hombauer (3), Husar/Pharmig (1), Leithner/WKÖ (1), MedUni Wien (1), NÖGKK (1), OÖGKK (1), Reintegra (2), Schiffli (124), SGKK (1), Sommer (1), TGKK (1), VGKK (1), WGKK (1); **Lektorat:** Uschi Sorz, **Druck:** Paul Gerin GmbH & Co KG; **Auflage:** 4.200; **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.

UNTER 01 / 865 42 78 +++ MARKET ACCESS LEHRGANG – NEUER TERMIN JÄNNER 2015 +++



EXKLUSIVES KAMINGESPÄCH

WWW.HCCWISSEN.AT/SEMINARKATALOG/MAMLG



In Kooperation mit



Gesellschaftlicher Wandel und notwendige Veränderungen im Gesundheitswesen

Im Gesundheitswesen verfügt Österreich über eine spezielle rechtliche, politische und ökonomische Ausgangslage. Wir haben ein exzellentes Gesundheitssystem, müssen aber jene Kernprobleme lösen, die die Servicequalität beeinträchtigen und auch viel Geld kosten: Doppelgleisigkeiten, fehlende Koordination bei der Planung, Über- und Fehlversorgungen sowie ungenutzte Kapazitäten. Dr. Josef Probst, Generaldirektor des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, sprach mit dem PERISKOP über den Status quo der Gesundheitsreform, die Primärversorgung sowie die neue Gesundheits-Hotline für Patienten. Ziel ist eine grundlegende Neukonzeptionierung der ambulanten Versorgung mit klar definierten Aufgaben: Primärversorgungszentren oder Netzwerke von Allgemeinmedizinerinnen und gemeinsame Facharztgruppenpraxen mit einer Vielzahl von Fachgebieten sollen entwickelt werden.

Von Mag. Nina Benett, MA

P: Wie ist der Status quo der Gesundheitsreform?

Probst: Im österreichischen Gesundheitssystem sind die unterschiedlichen Zuständigkeiten vieler Institutionen die größte Herausforderung. Es ist durch mangelnde Abstimmung der Sektoren untereinander und Institutionenverliebtheit geprägt. Durch vergangene Reformen konnte nichts maßgeblich verändert werden. Diese Reform geht es grundsätzlich und zielorientiert an, mit umfangreichen legislativen und vertraglichen Regelungen auf Bundes- und Landesebene. Ziel der Reform ist es, das heimische Gesundheitssystem patientenorientiert zu modernisieren, die Gesundheitsförderung zu stärken und das System nachhaltig abzusichern, damit es auch zukünftig für uns und unsere Kinder und Enkel als ein stabiles sozialpolitisches Element zur Verfügung steht. Im Jahr 2014 sind wir auf der operativen Ebene angekommen. Es gibt nun einige wesentliche Themen und Projekte, die umgesetzt werden: Primärversorgungszentren unter einem Dach oder als Netzwerk, die Einführung der Gesundheits-Hotline als Beratungsservice für gesundheitliche Fragestellungen und der Ausbau von Tageskliniken. Entwickelt werden auch bundeseinheitliche und transparente Qualitätsstandards und Qualitätsmessungen in einer für die Bevölkerung nachvollziehbaren Form für den stationären und den niedergelassenen Bereich. Besonders liegt mir am Herzen, dass die Betreuung chronisch Kranker systematisch verbessert wird.

P: Was ist das Neue am Modell der Primärversorgung?

Probst: Die Modernisierung des Gesundheitssystems hat ein klares Ziel: Bürgerorientierung und Patientenorientierung. Dies soll vor allem mit dem Konzept des Best Point of Service – des Ortes der bestmöglichen Behandlung – erreicht werden. Die Primärversorgung umfasst die optimale Gesundheitsversorgung der Patienten im täglichen Leben. Das Kernteam sind Ärzte und Diplomkrankenschwestern. Integriert werden soll darüber hinaus eine ganze Reihe weiterer Gesundheitsberufe wie Logopäden, Physiotherapeuten, Psychologen, Psychotherapeuten etc. Dieses integrierte Angebot wird eine Verbesserung der Patientenbetreuung bringen

„Besonders liegt mir am Herzen, dass die Betreuung chronisch Kranker systematisch verbessert wird.“

und die Arbeit für die Gesundheitsberufe attraktiver machen. Das neue Primärversorgungskonzept wurde noch vor dem Sommer in der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen und ist unter www.bmg.gv.at abrufbar.

P: Was bringt die neue Primärversorgung den Bürgern?

Probst: Zu den offensichtlichen Vorteilen der Primärversorgung zählt, dass die Ordinationszeiten erweitert werden. Offen ist von Montag bis Freitag von früh bis abends und auch am Samstag. Es soll transparent sein, welcher Arzt zu welcher Uhrzeit im Zentrum anwesend ist, damit die Patienten die Möglichkeit haben, ihren Arzt des Vertrauens zu wählen. Zudem werden di-

plomierte Krankenschwestern zukünftig in die Versorgung chronisch kranker Menschen eingebunden. So könnten etwa Diabetiker von Diplomkrankenschwestern zu Hause besucht werden, um festzustellen, ob und wann sie wieder in die Ordination kommen sollten. Somit haben die Allgemeinmediziner mehr Zeit, um mit Patienten zu sprechen und speziellen schwierigen Fällen nachzugehen. Das Leistungsspektrum eines Primärversorgungszentrums oder Netzwerks soll fix definiert werden, damit der Patient weiß, welche Leistungen er erwarten kann. Disease-Management-Programme wie „Therapie aktiv“ und das Nähen kleiner Wunden sollen fixer Teil des Angebots sein. Zur umfassenden Betreuung zählen auch die Hilfestellung für Facharzttermine und Behandlungen außerhalb des Zentrums. Die neue Primärversorgung kümmert sich um die Gesundheit der Bürger generell und nicht nur dann, wenn sie erkrankt sind. Besonders wichtig ist es festzuhalten, dass die neuen Primärversorgungsmodelle am Land Netzwerke sein werden, weil wir keine Standorte von Allgemeinmedizinerinnen aufgeben wollen. Die Versorgung muss weiterhin wohnortnahe sein, die Netzwerke sollen aber insgesamt als Team zusammenarbeiten.

P: Wie werden die Primärversorgungseinheiten aus Ihrer Sicht ankommen? Wie viele Zentren wird es in absehbarer Zeit geben?

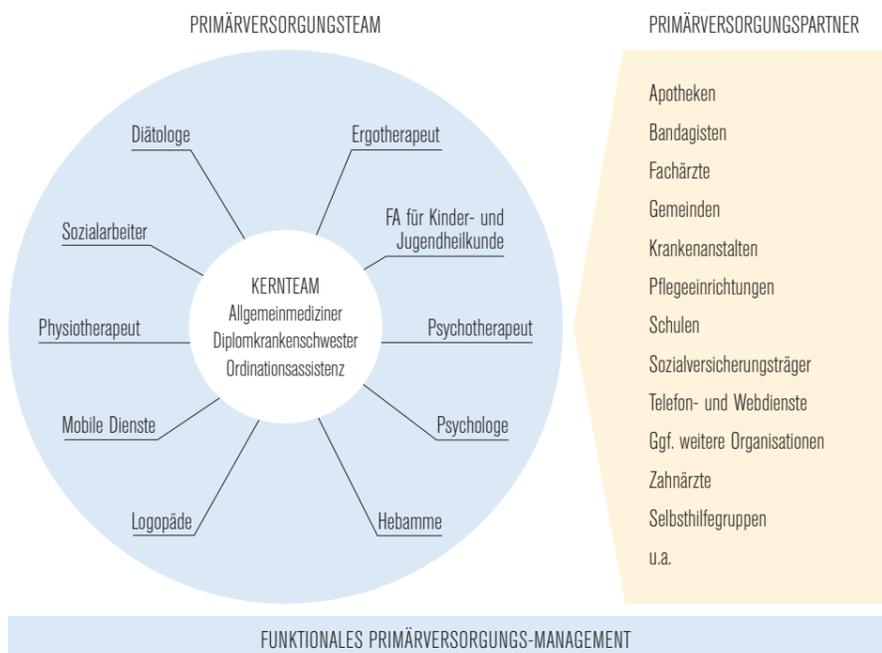
Probst: Ich bin überzeugt, dass die neuen Primärversorgungsmodelle für Patienten und Gesundheitsberufe hochattraktiv sein werden. Das bedeutet höhere Servicequalität für Patienten und Teamarbeit für Gesundheitsberufe statt Einzelkämpfertum. Diese Arbeitsweise entspricht auch der gesellschaftlichen Entwicklung. In allen Branchen wird im Team gearbeitet. Die Gesundheitsberufe werden in einem solchen Zentrum den Stand des Wissens modern weiterentwickeln. Dazu wird der wechselseitige Wissenstransfer in der Lehrpraxis beitragen sowie die Einbindung in Versorgungsforschungsprojekte, in denen gemeinsam die Wirksamkeit von Vorgehensweisen analysiert wird.

Arztpraxen für Allgemeinmedizin wird es in bisheriger Form unbeeinträchtigt weiterhin geben. Wir wünschen uns aber viele mutige zukunftsorientierte Vertragspartner, die den Schritt wagen, sich zu einer modernen Arbeitsstruktur zusammenzuschließen. Das vereinbarte Ziel ist, dass wir bis Anfang 2016 etwa 80.000 Menschen innerhalb dieser Organisationsform betreuen müssen. Dazu müssen wir pro Bundesland mindestens ein Zentrum oder Netzwerk aufbauen. Das ist aus meiner Sicht schaffbar. Die Gebietskrankenkassen, Sondersicherungs-

träger und Bundesländer arbeiten daran, konkrete Interessenten zu gewinnen, die solche neuen Organisationsformen umsetzen wollen. Derzeit sind ca. 15 Projekte im Gespräch.

P: Ist diese Idee auch mit der Ärztekammer akkordiert?

Probst: Bei der Entwicklung des Konzepts für neue Primärversorgungsmodelle wurde ein Projektboard eingerichtet, in dem viele Stakeholder vertreten waren, darunter auch die Österreichische Ärztekammer mit mehreren Spitzenrepräsentanten. Das Projektboard hat dem neuen Konzept einhellig zugestimmt. Die Österreichische Ärztekammer hat das beschlossene Projekt ausdrücklich mitgetragen. In der Umsetzung müssen wir miteinander gut darauf schauen, dass wir nichts von den Kernelementen des Konzepts verlieren: Wo Primärversorgung draufsteht, muss tatsächlich die neue Primärversorgung drinnen sein. Wenn wir umfangreichere Services einrichten, können natürlich Mehrkosten anfallen, und zwar in Form von Investitionskosten oder weil Leistungen in die Primärversorgung verschoben werden. Es sind daher auch die Bundesländer gebeten, sich an der Finanzierung zu beteiligen. Dazu gibt es bislang von einzelnen Bundesländern gute Signale.

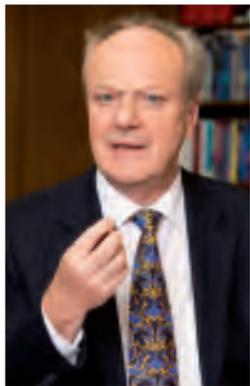


Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

P: Welche weiteren Projekte werden im Rahmen der Gesundheitsreform umgesetzt?

Probst: Die neue Gesundheits-Hotline als Beratungsservice für gesundheitliche Fragestellungen ist Teil der Gesundheitsreform. Als Vorbild dienen Projekte aus mehreren Ländern, wo Patienten durch Krankenschwestern am Telefon beraten werden. Durch dieses Service erhält der Patient eine Ersteinschätzung zu Befindlichkeitsstörungen und Symptomen. In Österreich sollen auch Ärzte als Support telefonisch zur Verfügung stehen. Wichtig ist, dass dieses Service österreichweit identitätsgesichert angeboten wird. Die Pilotprojekte in Vorarlberg, Niederösterreich und Wien werden Anfang 2016 in Betrieb gehen.

Intensiv gearbeitet wird auch an der Qualitätsberichterstattung. Für den stationären Bereich gibt es dazu bereits ein umfassendes Indikatorenset, das mit Zahlen befüllt wird, die derzeit auf ihre Validität geprüft werden. Die Ergebnisqualitätsmessung außerhalb des Spitals befindet sich in der Konzeptionsphase. Im Spitalsbereich ist es besonders wichtig, das Leistungsangebot in Form von Tageskliniken rasch voranzutreiben.



P: Wie werden die einzelnen Facharztbereiche in Zukunft arbeiten?

Probst: Derzeit laufen Patienten mit schwierigen Fragestellungen von Facharzt zu Facharzt und müssen sich selbst die Termine organisieren. In Zukunft soll nicht der Patient laufen, sondern das System sollte sich rund um den Patienten drehen und multiprofessionelle Angebote für diesen bereitstellen. Diese Fachärzte arbeiten dann in Form von multiprofessionellen Facharztzentren zusammen, in denen der Patient alle notwendigen Befunde samt Therapievor schlägen aus einer Hand erhält.

P: Wie sieht es mit der Zielerreichung aus?

Probst: Im Sinne der Transparenz gibt es einen veröffentlichten Monitoringbericht. Wir sind bei der Gesundheitsreform bei den wichtigen Projekten im Zeitplan. Wir sind zuversichtlich, den Großteil der Ziele bis zum Ende der ersten Periode des Vertrags, also Dezember 2016, zu erreichen.

P: Welche Schwerpunkte beinhaltet die Gesundheitsförderungsstrategie?

Probst: Die Gesundheitsförderungsstrategie wurde ge-

meinsam erarbeitet und die Schwerpunkte sind: frühe Hilfen, d. h. Unterstützung für Eltern und Kinder in belasteten Lebenssituationen. Beispiele hierfür sind Mütter mit fehlender Unterstützung, Eltern, die sich mit ihrem Kind überfordert fühlen, oder Familien, die Orientierung im Sozial- und Gesundheitssystem benötigen. Diese finden entsprechende Begleitung. Wenn im Aufwachsen der Kinder Grundlegendes versäumt wird, leiden diese sehr lange darunter. Die weiteren Schwerpunkte der Gesundheitsförderungsstrategie sind: Gesundheitskompetenz in allen Altersgruppen stärken, die Lebenswelt Kindergarten und Schule sowie die psychosoziale Gesundheit. Lösungen werden gemeinsam mit den Betroffenen entwickelt, statt sie den Menschen vorzusetzen.

P: Welche Vor- und Nachteile hat das österreichische Gesundheitssystem?

Probst: Das österreichische Gesundheitssystem ist für alle Menschen zugänglich. Unsere Spitäler verfügen über modernste Technologie und wir haben in Österreich weltweit die höchste Anzahl an Ärzten pro 1.000 Einwohner. Wir müssen uns nur gemeinsam darum kümmern, wie wir aus dem gut ausgestatteten System ein noch nachhaltigeres machen. Denn wenn der Staat ein gut organisiertes Gesundheitssystem verspricht, muss dieses in fünf oder zehn

Jahren auch noch funktionieren. Wir haben maßgeblich noch Verbesserungspotenzial – beispielsweise in der Spitalslastigkeit, der Betreuung chronisch Kranker und der Kleinteiligkeit des Systems. Es muss eine Neuallokation von Ressourcen geben – im Interesse der Bürger und Patienten. ■

BioBox:

Geboren am 4. 9. 1954 in Linz, studierte Dr. Josef Probst Rechtswissenschaften und war Assistent am Institut für Arbeitsrecht und Sozialrecht an der Universität Linz. Von 1982 bis 1991 war er in der OÖGKK, wo er zuletzt als Leiter des Direktionsbüros für Vertragspartner tätig war. Im Jahr 1991 wechselte er als Generaldirektor-Stellvertreter in den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Seit April 2013 ist Dr. Josef Probst Generaldirektor.



Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

DR. JOSEF PROBST
Generaldirektor des Hauptverbandes der
österreich. Sozialversicherungsträger

Alpbach vs. Gastein: ein Widerspruch?

Von Maximilian Kunz, MAS, MBA

P: Wie beurteilen Sie als Programmbeirat das European Forum Alpbach (EFA) hinsichtlich seiner geschichtlichen Entwicklung? Welche Themen sind aktuell die wichtigsten und was wird für das Forum in Zukunft angestrebt?

Fidler: Ich war erstmals vor etwa acht Jahren beim EFA, das 1945 von Prof. Otto Molden gegründet wurde, mit dabei. Es findet jährlich im August im Tiroler Alpendorf Alpbach statt und geht mit seinen ca. 3500 Teilnehmern aus mittlerweile weit mehr als 50 verschiedenen Ländern traditionsbedingt einen stark interdisziplinären Weg. Das ergibt sich schon aus dem breitgefächerten Themenspektrum, das im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft, Politik, Wirtschaft und Kultur angesiedelt ist. Gerade das war seinerzeit auch das Neuartige und Besondere an Alpbach und darauf sollten wir uns heute wieder verstärkt rückbesinnen. Aufgrund des breitgefächerten Themenfelds und der vielen Agenden, die aus den genannten Bereichen Einfluss auf den Verlauf der Gespräche nehmen, kann man generell sagen, dass in Alpbach eher Zukunftsvisionen im ganzheitlichen Kontext gezeichnet werden.

Der Ansatz ist nicht selten losgelöst von den akuten Sorgen des Alltags und wirkt dadurch manchmal fast ein wenig philosophisch-romantisch. Alpbach bietet damit den optimalen Rahmen, um sich auf besonderer – da eben vom Alltag abgehobener – Ebene zu vielen Themenbereichen über die großen Zukunftsvisionen der Menschheit auszutauschen, und das mit sehr hochkarätigen Persönlichkeiten.

P: Empfiehlt es sich – etwa für Verantwortliche aus dem Gesundheitsbereich, die vollen zwei Wochen in Alpbach zu bleiben, also wirklich alle Einzelveranstaltungen zu besuchen?

Fidler: Im Idealfall, ja – wobei man aber einräumen muss, dass das für die meisten Teilnehmer zeitlich sehr schwierig sein würde. Wenn es möglich wäre, könnten sie jedoch inhaltlich wirklich etwas mitnehmen. Dabei lohnt es sich aufgrund der zahlreichen, teils sehr sektorspezifischen Symposien – denen ja in der Regel ein gesamtpolitischer Ansatz zu Grunde liegt – stets den Blick auf das Ganze im Auge zu behalten. In vielen ähnlichen internationalen Foren stelle ich einen Trend fest, dass Teilnehmer oft nur einen Teil der Gespräche besuchen und dadurch nicht den vollen Einblick in Umfang und Intensität der einzelnen Themenbereiche bekommen. Was Alpbach betrifft, sollte es im Beirat auch unsere Aufgabe sein zu diskutieren, wie man unsere Teilnehmer dazu bringen könnte, ihren Aufenthalt auf die vollen zwei Wochen auszudehnen. In der Gesundheitspolitik sprechen wir von „Health in all Policies“ – gerade Alpbach wäre ein ideales Forum, um diese Leitlinie auch in die Tat umzusetzen. Im 21. Jahrhundert ist jeder Sektor so technisch und spezifisch geworden, dass es durchaus Sinn macht, für Experten der einzelnen Fachrichtungen eigene Satellitenforen für den „Deep Dive“ zu modellieren, die von der Gestaltung und Ausrichtung her anders aufgebrochen werden können als Alpbach selbst. Hier jedenfalls sollen vorausdenkende Persönlichkeiten unterschiedlicher Richtungen im

„Aufgrund des breitgefächerten Themenfelds und der vielen Agenden, die aus den genannten Bereichen Einfluss auf den Verlauf der Gespräche nehmen, kann man generell sagen, dass in Alpbach eher Zukunftsvisionen im ganzheitlichen Kontext gezeichnet werden.“

im Beirat auch unsere Aufgabe sein zu diskutieren, wie man unsere Teilnehmer dazu bringen könnte, ihren Aufenthalt auf die vollen zwei Wochen auszudehnen. In der Gesundheitspolitik sprechen wir von „Health in all Policies“ – gerade Alpbach wäre ein ideales Forum, um diese Leitlinie auch in die Tat umzusetzen. Im 21. Jahrhundert ist jeder Sektor so technisch und spezifisch geworden, dass es durchaus Sinn macht, für Experten der einzelnen Fachrichtungen eigene Satellitenforen für den „Deep Dive“ zu modellieren, die von der Gestaltung und Ausrichtung her anders aufgebrochen werden können als Alpbach selbst. Hier jedenfalls sollen vorausdenkende Persönlichkeiten unterschiedlicher Richtungen im

Rahmen einer interdisziplinären Plattform zusammenkommen und sich auf relativ allgemein gehaltener Ebene austauschen. Das war der ursprüngliche Gedanke in Alpbach und diesen Habitus sollte man meiner Ansicht nach bewahren.

P: Sie sind Vorstandsmitglied des European Health Forums Gastein (EHFG). Wie ist das Verhältnis dieser beiden Institutionen, des EHFG und des EFA, zueinander und was sind die wesentlichen Unterschiede hinsichtlich ihrer Ausrichtung und Zielsetzung?

Fidler: Beim EHFG war ich erstmals vor etwa 15 Jahren. Das Forum sehe ich als Begegnungsstätte des Austausches, die – vielleicht im Gegensatz zu Alpbach – einen viel praktischeren Ansatz verfolgt: Hier geht es um die tägliche Praxis, die in den Vordergrund stellt, was die einzelnen Länder im europäischen Raum voneinander lernen und wie sie bei der Bewältigung von Problemen schon kurzfristig voneinander profitieren können. Gesundheitspolitik spielt – besonders in Europa – in nahezu allen Bereichen eine wichtige Rolle und ist nicht zuletzt von der demografischen und epidemiologischen Entwicklung her ein unheimlich dynamisches Thema. Selbst wenn sich gewisse Problemstellungen – wie etwa die demografische Entwicklung – langfristig abzeichnen, tauchen auch kurzfristig laufend neue Anforderungen auf, beispielsweise ethischer oder wirtschaftlicher Natur. Daher wird es immer notwendig sein, sich international auszutauschen und so an Informationen zu kommen, die bei der Lösung des eigenen Problems hilfreich sind. Vereinfacht gesagt versucht man in Gastein, jene Visionen, die in Alpbach gezeichnet werden, auf ihren unmittelbaren Praxisgebrauch herunterzubrechen.

P: Würden Sie die beiden Institutionen, Alpbach und Gastein, in einem Konkurrenzverhältnis sehen oder liegt die Stärke gerade in der Kombination aus beiden Foren?

Fidler: Mit Alpbach und Gastein haben wir zwei Foren, die – jedes auf seine spezielle Art – einen sehr anspruchsvollen Zugang zu gewichtigen Themen unserer Zeit verfolgen und den allgemeinen sowie fachspezifischen Austausch fördern. Als Beirat bzw. Vorstandsmitglied beider Institutionen hat man freilich eine große Verantwortung dafür, was man inhaltlich bzw. gestalterisch einbringen kann, um dieses Verhältnis künftig weiterzuentwickeln. Blicken beide in die Tiefe und konzentrieren sich auf ihr jeweiliges Kernprodukt, so sollte es ein ideales Miteinander sein. Dazu müssten in beiden Foren Adaptierungen vorgenommen und müsste die Differenzierung voneinander stärker betont werden. Im Moment finden sich Besucher vor der Problematik zweier Foren, EFA und EHFG, wieder. Teils hohe Beiträge und Überschneidungen bei den Vortragenden können sicher optimiert bzw. müssen attraktiver gestaltet werden. Wenn das asymptotisch zusammenginge, entstünde eine echte Konkurrenzsituation. Dennoch geht es keinesfalls nur um die Lösung dieses potenziellen Konkurrenzproblems: In ihrem eigenen Interesse müssen beide Foren laufend an ihrer Weiterentwicklung arbeiten. Selbst wenn es Gastein nicht gäbe, würde ich Alpbach

DR. ARMIN FIDLER
Präsident der European Health
Management Association



raten, verstärkt zurück zur Nische des visionären und interdisziplinären Austausches zu gehen. Für Gastein wünsche ich mir, dass es sich künftig als europäische gesundheitspolitische Gesamtschau weiter profiliert – doch dazu müsste es noch „europäischer“ werden und sich vom aktuellen Status, dass sich einige wenige Länder zu gewissen Themen austauschen, abheben. Die dazwischenliegende Nische sehe ich als Spannungsfeld, das ich künftig weiter forcieren möchte: Ich kann mir vorstellen, in Alpbach bewusst interdisziplinär zu agieren. Herzstück des Forums sollte wieder vermehrt ein allgemeiner Zugang sein. In Gastein hingegen geht es – wie bereits angedeutet – um Lösungsansätze und deren praktische Umsetzung im Alltag. Eine große Bedeutung kommt in Gastein außerdem der Europäischen Kommission zu, die ja als wichtiger finanzieller, personeller und inhaltlicher Sponsor agiert. Hierzu muss man anmerken, dass die Europäische Kommission keinen technischen Hintergrund – beispielsweise in Form eines Think-Tanks – hat, der gewisse europäische gesundheitspolitische Themen verfolgen bzw. den Mitgliedsländern bei der Implementierung gesundheitspolitisch relevanter Entscheidungen helfen kann. Besonders vor diesem Hintergrund

sehe ich Gastein als eher applikativ mit stark praxisorientiertem Zugang. Der Fortbestand und die Weiterentwicklung beider Foren sind für mich jedenfalls essenziell. Dennoch müssen auf beiden Seiten Adaptierungen vorgenommen werden.

P: Österreich soll also die Grundpotenziale beider Foren weiterentwickeln und die dazwischenliegende Spannung modellieren. Welche Rolle spielt Networking dabei?

Fidler: Zweifelsfrei eine sehr große! Natürlich haben beide Foren auch die Aufgabe, die bestmöglichen Voraussetzungen für ein optimales Networking der einzelnen Teilnehmer zu schaffen. Leider agiert das Gastein-Netzwerk aber derzeit unter dem Jahr nur informell – etwa mit dem Austausch von Visitenkarten, was für den Informations- und Wissensaustausch essenziell ist. Darüber hinaus besteht aber die Frage, ob man dieses Networking künftig nicht formeller – etwa durch eine kleine virtuelle Beraterfirma mit Sekretariat – gestalten könnte. So könnte man ganzjährig auf das Netzwerk der 600 Teilnehmer von Gastein zugreifen. Ein Land oder ein Ministerium könnte an das Gasteiner Forum herantreten und etwa im Bereich der leistungsorientierten Kranken-

hausfinanzierung einen Wissenstransfer mit Bulgarien initiieren – um nur ein Beispiel zu nennen. Hier müsste es jemanden geben, der entscheidet, welche der 600 Teilnehmer für die jeweilige Problemstellung relevant sind bzw. wie das Team letztlich zusammengestellt werden sollte, um die gewünschte Hilfestellung zu erzielen bzw. das Darstellen von Best-Practice-Beispielen optimal zu gewährleisten. ■



BioBox:

Dr. Armin Fidler, MPH, MSc., wurde am 19. November 1958 in Innsbruck geboren. Nach Matura und Präsenzdienst absolvierte er das Medizinstudium an den Universitäten Innsbruck und Hamburg, schloss seine

Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin am LKH Bregenz ab und graduierte in Masterprogrammen in Public Health sowie in Health Policy and Management an der Universität Harvard (USA). Nach Aufenthalt beim US Center for Disease Control in Atlanta und vier Jahren bei der WHO stieg Fidler 1993 bei der Weltbank ein. Dort war er bis 2008 als Health Sector Manager tätig und ist seither „Lead Advisor for Health, Policy and Strategy“. Fidler ist Adjunct Professor der George-Washington-Universität in Washington DC, Lektor am Management Center Innsbruck, derzeit Präsident der European Health Management Association (EHMA), Mitglied der American Public Health Association sowie der International Health Economics Association und darüber hinaus Programmbeirat der Alpbacher Gesundheitsgespräche und Vorstandsmitglied des European Health Forums Gastein (EHFG).



Rheumatoide Arthritis: anfangs oft nicht erkannt, später häufig nicht mehr korrigierbar

Die Rheumatoide Arthritis (RA) oder nach früherer Bezeichnung chronische Polyarthritis (cP) ist eine der häufigsten chronisch entzündlichen rheumatischen Erkrankungen. Dennoch wird sie im frühen Stadium oft nicht erkannt.

Die RA ist eine von Anfang an chronisch verlaufende Erkrankung, die üblicherweise ohne Behandlung zu irreversibler Zerstörung der Gelenkstrukturen führt und nie selbstlimitierend ist. In der Zwischenzeit versteht man die Krankheit aber ausreichend, um zu wissen, dass eine entsprechende medikamentöse Therapie – vor allem Basistherapeutika, evtl. ergänzt durch Biologika – den Krankheitsprozess aufhalten und die Krankheitsaktivität so unterdrücken können, dass die Patienten sich beschwerdefrei und gesund fühlen. Bedauerlicherweise werden die ersten Krankheitssymptome häufig nicht richtig verstanden und zu wenig ernst genommen. Ursache ist zum einen die schwierige Zuordnung der ersten, mitunter harmlos imponierenden Symptome, zum anderen die Fehleinschätzung der Patienten, die den undulierenden Verlauf mit Schüben erhöhter Krankheitsak-

tivität und zwischenzeitlicher Besserungstendenzen missdeuten und fälschlicherweise auf eine Selbstlimitierung der Erkrankung hoffen. Schon wenige Wochen nach Krankheitsbeginn lassen sich in der Bildgebung Knochen- und Knorpelschäden nachweisen, für die es bisher noch keine medikamentöse Therapie zur Korrektur gibt. Damit ist das Schicksal einer über das ganze Leben anhaltenden Beschwerdesymptomatik bis hin zu einer dauerhaften körperlichen Behinderung vorprogrammiert. Die nicht ausreichend behandelte RA ist nicht nur ein subjektives Problem, sondern auch ein volkswirtschaftlicher Kostenfaktor. Daher wurde unter dem Arbeitstitel „Burden of RA“

„Die nicht ausreichend behandelte RA ist nicht nur ein subjektives Problem, sondern auch ein volkswirtschaftlicher Kostenfaktor.“

von einer Expertengruppe, bestehend aus Medizinern und Spezialisten aus den Bereichen Gesundheit, Wirtschaft und Sozialpolitik, ein Konsensuspapier erarbeitet, um auf das Problem der RA aufmerksam zu machen und Lösungsvorschläge anzubieten. Wesentlich sind die flächendeckende Patientenbetreuung, die Steigerung der Sensibilität der Hausärzte für diese aggressive, aber doch gut behandelbare Erkrankung und die Information an Laien, dass diese jede Person in jedem Lebensalter betreffen kann, bei rechtzeitiger Behandlung aber gut beherrschbar ist.



A. o. Univ.-Prof. DDr. Manfred HEROLD, Universitätsklinik für Innere Medizin VI Innsbruck

»Steigende Ungleichheiten der Einkommen als Herausforderung für die solidarische Sozialversicherung«

Für den Gesundheitszustand des Einzelnen sind neben Faktoren wie Lebensstil oder individuelle Veranlagung auch das gesellschaftliche und soziale Umfeld wichtig. Durch empirisch erhobene Daten lässt sich die direkte Rückwirkung einer hohen und ungerechten Einkommensungleichheit auf die Gesundheit sowie die Lebenszufriedenheit der Bevölkerung belegen. Die 8. Sozialstaatsenquete im Oktober 2014 stand unter dem Motto „Soziale Mobilität und Einkommensungleichheiten.“ Experten aus Österreich, Deutschland und Schweden präsentierten neue Studien zu den langfristigen Folgen wachsender Einkommensungleichheiten und deren Auswirkungen auf die Kindergeneration.

Von Karin Schneck, BA

Der soziale Status in der Gesellschaft wird meist über das Erwerbseinkommen definiert. Im Rahmen der letzten Sozialstaatsenquete im Oktober 2014 wurden die soziale Mobilität einzelner Gruppen innerhalb einer Generation sowie die Mobilität einzelner Gruppen zwischen den Generationen näher beleuchtet. Aktuelle Untersuchungen zeigen, dass große Einkommensungleichheiten in einem Land den sozialen Aufstieg erschweren. Demgegenüber ist vor allem in den nordischen Ländern eine egalitäre Einkommensverteilung wie auch eine soziale Mobilität vorhanden. Hier gibt es eine relativ hohe Chancengleichheit zwischen Menschen hinsichtlich ihrer Einkommens- und Erwerbsperspektive. Eine der wichtigsten Kernaussagen war, dass Bildungschancen eine wesentliche Maßnahme zur Vorbeu-

gung von Einkommensunterschieden sind, die von Generation zu Generation weitergegeben werden.

Die Sozialversicherung: Gesundheitsversorgung und Pensionsvorsorge für alle

Aktuell sind rund 8,4 Millionen Menschen anspruchsberechtigt. Der Behandlungsanspruch aus der Krankenversicherung wird beim Arzt durch das E-Card-System angezeigt: Die E-Card als Schlüsselkarte enthält keine medizinischen Daten, ermöglicht dem Arzt aber die Überprüfung des Versicherungsstatus eines Patienten und die Nutzung weiterer Services. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ist das organisatorische Dach über der solidarischen Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung Österreichs. „Die Sozialversicherung muss sich daher nicht nur mit allen gesellschaftlichen und sozialen Entwicklungen auseinandersetzen, sondern auch entsprechende sozialpolitische Initiativen und Maßnahmen setzen, wenn sie einen derart hohen Einfluss auf die Lebenssituation ihrer Versicherten, konkret auf deren gesundheitliche Situation, haben“, betont Mag. Martin Schaffenrath, stv. Vorsitzender des Verbandsvorstandes im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Schnittstelle zwischen Wirtschaft und Gesellschaft ist enorm wichtig

Experte Prof. Mag. Dr. Karl Aiginger, Leiter des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung, erklärt: „Wir sehen

Sozialpolitik nicht als Hemmschuh für den wirtschaftlichen Erfolg, sondern als Produktivkraft, Wachstumstreiber und Stärkung der Konkurrenzfähigkeit. In diesem Ansatz steht auch der Austausch mit sozialstaatlichen Institutionen zentral. Hier nimmt die Sozialstaatsenquete ‚Soziale Mobilität und Einkommensungleichheit‘ – die heuer bereits zum 8. Mal stattfindet – eine wichtige Funktion ein.“

Massiver Elterneinfluss auf die Arbeitsmarktchancen der Kinder

Auf der Grundlage seiner langjährigen Forschungstätigkeit konstatiert der Wirtschaftswissenschaftler Univ.-Prof. Markus Jäntti, Leiter des „Institute for Social Research“ (SOFI) an der Universität Stockholm sowie Forschungsdirektor am „Luxembourg Income Study Data Center“ (LIS), einen vielschichtigen Einfluss des Elternhaushalts auf die Arbeitsmarktchancen der Kinder. Univ.-Prof. Jäntti bestätigt in seinen Arbeiten die Befunde zum positiven Zusammenhang zwischen der Einkommenslage und dem Bildungsniveau im Elternhaushalt auf die Arbeitsmarkt- und Einkommenschancen der Kinder. Jedoch stecke die eigentliche Ursachenforschung zum Trend zur steigenden Ungleichheit noch in den Kinderschuhen, betont der Wirtschaftswissenschaftler.

Österreich: Bildung der Eltern bestimmt Bildungsgrad der Kinder

Univ.-Prof. Dr. Wilfried Altzinger, Wirtschaftswissenschaftler an der Wirtschaftsuniversität Wien, erhob für Österreich

einen engen Zusammenhang zwischen der Bildung der Eltern und den Bildungsabschlüssen ihrer Kinder. Während die Kinder von Eltern mit Pflichtschule als höchster abgeschlossener Schulbildung nur in sechs Prozent aller Fälle einen akademischen Abschluss erreichen, sind es bei Kindern von Eltern mit Universitätsabschluss 54 Prozent.

Deutschland: wachsende Einkommensunterschiede eine Gefahr für den sozialen Zusammenhalt

Erwerbsarbeit wird in Deutschland als Grundlage für Reichtum tendenziell unwichtiger. Reiche beziehen einen steigenden Anteil ihrer Ressourcen aus Vermögenseinkommen. Die Einkommensmobilität der sehr Reichen in Deutschland hat sich in den Jahren 1991 bis 1995 sowie in den Jahren 2006 bis 2011 verringert und konnte trotz Wirtschafts- und Finanzkrise ihre gehobene Lage sichern. Die wachsende Polarisierung der Lebenslagen hat weitreichende Folgen: Sie dämpft das Wirtschaftswachstum und gefährdet den sozialen Zusammenhalt der Gesellschaft. „Nur die Berücksichtigung der Entwicklungen sowohl von Reichtum als auch von Armut kann die Ursachen der steigenden Ungleichheit erklären“, so Dr. Dorothee Spannagel vom Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung in Düsseldorf. ■

Frischer Wind im OSR

Der Oberste Sanitätsrat (OSR) ist ein Beratungsgremium der Bundesministerin für Gesundheit und setzt sich aus 32 ehrenamtlichen Mitgliedern – nämlich Experten aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Pflege, Wissenschaft, Ärzte- und Apothekerkammer, Sozialversicherung und öffentlicher Gesundheitsdienst – zusammen. Früher war er eine Sanitätsbehörde und befasste sich mit der Einhaltung der Hygiene, der Vermeidung von Seuchen und der Schädlingsbekämpfung. Heute geht der OSR einen Schritt in eine neue Richtung und nimmt sich Themen an, die aktuell relevant sind. Im Interview mit dem PERISKOP stellt Univ.-Prof. Dr. Sylvia Schwarz, Präsidentin des OSR, dar, welche Inhalte derzeit oberste Priorität auf ihrer Agenda haben.

Von Mag. Nina Bennett, MA

jenen Themen beschäftigen, die eine valide Grundlage, Forschungsergebnisse und Studien im Hintergrund haben. Früher war der OSR eine Sanitätsbehörde und hat sich in seinem Kerngeschäft mit der Einhaltung der Hygiene, der Vermeidung von Seuchen und der Schädlingsbekämpfung befasst. Das waren damals auch die vorwiegenden Probleme. Jetzt aber muss der OSR einen Schritt in eine neue Richtung machen und sich neuen Themen und Problemen widmen, die in der heutigen Zeit relevant sind.

P: Welche Schritte setzen Sie derzeit im Hinblick auf die Weiterentwicklung des OSR?

Schwarz: Ein wesentlicher Schritt war und ist es, mit den Mitgliedern des OSR Einzelgespräche zu führen, um die gerade jetzt

Pressekonferenz im Frühling 2015 sowie die Erstellung eines Positionspapiers, gemeinsam mit der Bundesministerin für Gesundheit Dr. Sabine Oberhauser, sein.

P: Wie kommen die Versammlungen des OSR zustande?

Schwarz: Der OSR übt seine Tätigkeit in Sitzungen der Vollversammlungen und in allfälligen Fachausschüssen aus. Die Bundesministerin für Gesundheit kann jederzeit einen Fachausschuss des OSR zu spezifischen Fragestellungen einsetzen, dem unter Umständen auch Experten angehören können, die nicht Mitglied des OSR sind. Die Sitzungen sowie die Vollversammlung des OSR sind nicht öffentlich. Die Themen der letzten Sitzung im November waren beispielsweise die Ebola-Vorbereitungen des BMG, das Thema Impfen, Augenprophylaxe bei Säuglingen, Arzneimittelfälschung und Tuberkuloseprävention. Über die Standpunkte oder Details aus den Verhandlungen ist seitens der Mitglieder Verschwiegenheit zu wahren, es sei denn, es wird von der Bundesministerin für Gesundheit eine Ausnahme erteilt.

P: Wie verhält es sich mit möglichen Interessenkonflikten von Mitgliedern des OSR?

Schwarz: Die Funktionsperiode des OSR dauert drei Jahre, die Mitglieder werden

die Kreatininmessung kann nicht nur festgestellt werden, ob ein Patient einem Nierenrisiko unterliegt, sondern auch, ob er ein Herz-Kreislauf-Risiko aufweist. Ich finde, dass ein Patient – wenn er nur noch 20 Prozent Restnierenfunktion hat und zur Nierenersatztherapie muss – abhängig von seiner individuellen Situation, Lebensphase und seinem Umfeld entscheiden muss, ob Hämo- oder Peritonealdialyse für ihn besser geeignet ist. Die Peritonealdialyse verschafft ihm natürlich weitaus mehr Flexibilität im Alltag, da diese über Nacht durchführbar ist und er nicht mehrmals in der Woche ins Krankenhaus fahren muss. Manche Patienten möchten aber zur Hämodialyse ins Spital, da sie Arzt und Schwester als Ansprechpartner brauchen. Was ich mir für die Nierengesundheit wünschen würde, ist, dass das Thema Ernährung viel mehr Bedeutung erhält. Die Österreicher ernähren sich viel zu ungesund – zu viel Zucker, zu viel Salz, zu viel Fett. Dies kann durchaus zu Organschädigungen – insbesondere der Niere – führen. Gerade Konservierungsstoffe sind in so vielen Lebensmitteln enthalten und auch darauf reagiert der Körper in unterschiedlichsten Formen. Die Nieren dienen der Entgiftung des Körpers und erfüllen somit eine lebenswichtige Funktion. Durch einen gesunden Lebensstil kann man Problemen mit den Nieren bis zu einem gewissen Grad vorbeugen.

P: Worauf sollte man bei einer nierengesunden Ernährung achten?

Schwarz: Man sollte auf eine gesunde, ausgewogene Ernährung achten, um den Körper mit allen relevanten Vitaminen und Mineralstoffen zu versorgen. Dazu gehört eine Reduktion des Salz- und Fettkonsums. Auf das Rauchen und auf Alkohol sollte man verzichten oder das nur in Maßen genießen. Auch Übergewicht kann ein Risikofaktor für die Nierengesundheit sein, da es häufig mit Bluthochdruck einhergeht und zu Diabetes mellitus Typ 2 führen kann. Ein zu hoher Blutdruck ist auf Dauer ein Risiko für die Gesundheit. Daher wünsche ich mir eine Arbeitsgruppe, die sich mit dem Thema Ernährung und Nierengesundheit beschäftigt und bei Bedarf regelmäßige Warnungen in Form von Bescheiden ausstößt. Auch auf ausreichend Bewegung muss vermehrt geachtet werden – zu viel Essen und Trinken müssen mit Bewegung ausgeglichen werden. Nachdem diese Bescheide vom Minister beschlossen wurden, müssen diese als Empfehlungen von den Medizinern ausgesprochen werden. Es wäre mir ein äußerst großes Anliegen, dies auf Schiene zu bringen und umzusetzen. ■



PRIM. UNIV.-PROF. DR. SYLVIA SCHWARZ
Vorsitzende OSR und Leiterin der Abteilung
Anästhesiologie und Intensivmedizin
im Krankenhaus Hietzing

P: Welche Richtung wird der OSR mit Ihnen als Präsidentin einschlagen?

Schwarz: Dem OSR obliegt neben seiner Beratungstätigkeit und der Bewertungsfunktion von grundsätzlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Stand der medizinischen Wissenschaft auch die Erstellung von Gutachten. Er kann der Bundesministerin für Gesundheit zudem die Veröffentlichung einer Empfehlung oder eines Gutachtens vorschlagen. Der OSR fühlt sich der wissenschaftlichen, evidenzbasierten Medizin verpflichtet – dies wurde durch einen einstimmigen Beschluss besiegelt. Demnach wird sich der OSR in der kommenden Funktionsperiode nur mit

brisanen, diskussionswürdigen Themen zu sammeln. Auf Basis dieser Gespräche haben wir eine Themenliste erstellt, in der letztlich auch die Zukunft der Medizin eines unserer Anliegen sein wird. Bereits im November hatten wir ein erstes Treffen, bei dem diese Themen präsentiert wurden, die nun in Arbeitsgruppen abgearbeitet sind. Die relevanten Inhalte, die aus den Arbeitsgruppen hervorgehen, werden ebenfalls im OSR besprochen und an die Gesundheitsministerin weitergeleitet. Eine meiner Ideen ist es, gemeinsam mit dem Vizerektor für Forschung der MedUni Wien, Univ.-Prof. Dr. Markus Müller, medizinisch relevante Themen auch im OSR zu bearbeiten. Weitere Maßnahmen werden eine

von der Bundesministerin für Gesundheit bestellt. Bereits seit 2008 unterzeichnen die Mitglieder des OSR eine Erklärung zu Interessenkonflikten (Conflicts of Interests). Im Anschluss wird diese an die Koordinationsstelle des OSR übermittelt. Etwaige Änderungen müssen alle Mitglieder der Koordinationsstelle ebenfalls mitteilen und ein Verschweigen eines solchen Konflikts kann zum Verlust der Mitgliedschaft führen.

P: Was wünschen Sie sich im Hinblick auf die Nierengesundheit?

Schwarz: Wesentlich ist die Früherkennung von Nierenerkrankungen durch regelmäßiges Screening der Nierenparameter. Durch

BioBox:

Univ.-Prof. Dr. Sylvia Schwarz promovierte 1971 an der Medizinischen Universität Wien und beendete ihre Facharztausbildung für Anästhesiologie und Intensivmedizin 1977. Seit 1985 lehrt sie auf diesem Gebiet. Im Krankenhaus Hietzing steht die gebürtige Wienerin 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 internationale Erfahrung mit.



DR. JOSEF MOSER
Präsident des österreichischen
Rechnungshofs

Dr. Josef Moser, Präsident des österreichischen Rechnungshofs, skizziert Optimierungspotenzial im heimischen Gesundheitswesen

Seit 2004 ist Dr. Josef Moser Präsident des österreichischen Rechnungshofs. Das PERISKOP sprach mit ihm über Ineffizienzen und Reformmöglichkeiten im System, die „Zwei-Klassen-Medizin“ und seine ganz persönliche Affinität zum heimischen Gesundheitswesen.

P: Sie sind seit 2004 Präsident des österreichischen Rechnungshofs. Wie verlief Ihr Karriereweg im Vorfeld und wie würden Sie Ihre Affinität zum Gesundheitswesen umschreiben? Was sind Ihre persönlichen Interessen?

Moser: Nach meinem Jus-Studium bin ich in den Dienst der Finanzlandesdirektion Kärnten eingetreten. 1992 wurde ich Klubdirektor im Parlament, später zum Vorstandsdirektor der Eisenbahn-Hoch-

leistungsstrecken AG bestellt und ein Jahr danach zum Vorstandsmitglied der ÖBB-Holding AG. Seit 2004 bin ich Präsident des österreichischen Rechnungshofs, eine Aufgabe, die ich mit großer Überzeugung und Freude ausübe. Der Rechnungshof hat ein eigenes Cluster mit insgesamt drei Abteilungen, die für Gesundheitsthemen zuständig sind. Seine im Rahmen von Gebarungüberprüfungen gewonnene

Expertise hat er stets aktiv in diversen Arbeitsgruppen eingebracht. Ich bin als Kärntner im Krankenhaus von Lienz in Osttirol zur Welt gekommen und habe mich damit sozusagen schon von der Geburt an mit Effizienz im Gesundheitswesen auseinandergesetzt. Der Gesundheitssektor ist ein spannender Bereich, der aber auch mit großen Herausforderungen konfrontiert ist.

P: In der Vergangenheit haben Sie sich immer wieder mit konstruktiver Kritik zur Gesundheitsreform geäußert. So standen Sie etwa unter der Ära Kdolsky für die gemeinsame Finanzierung von Krankenanstalten und niedergelassenen Ärzten aus einer Hand, eine Entflechtung der Finanzierungsströme im Gesundheitssystem und die organisatorische Trennung von Leistungserbringung und Leistungsfinanzierung. Wie beurteilen Sie die Gesundheitsreform aus heutiger Sicht?

Moser: Der Rechnungshof hat in den vergangenen Jahren wiederholt auf den Reformbedarf im Gesundheitswesen hingewiesen. Der Gesundheitsbereich in Österreich ist von einer besonders komplexen bzw. fragmentierten verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung geprägt. Die Folgen sind bekannt – Schnittstellenprobleme zwischen dem niedergelassenen und stationären Bereich, verflochtene, komplexe und oft parallele Finanzströme zwischen dem intra- und extramuralen Bereich. Die Finanzierungsverantwortung von Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherungsträgern deckt sich nicht mit ihrer Aufgaben- und Ausgaben-



reich, obwohl laut wissenschaftlichen Untersuchungen gut ausgebaute ambulante Versorgungsbereiche eine höhere Effizienz erwarten lassen. Hinzu kommt, dass teure Akutbetten teilweise immer noch mit atherapierten und auf einen Pflegeheimplatz wartenden Patienten belegt werden. Standortgarantien für Krankenhäuser erschweren eine Optimierung von Betriebsgrößen einzelner Krankenhausstandorte und damit notwendige Strukturbereinigungen. Ein gutes Beispiel hierfür sind die Krankenhäuser Hainburg und Kittsee, die nur zwölf Kilometer voneinander entfernt sind und beide eine unterdurchschnittliche Auslastung aufweisen.

P: Wo sehen Sie die größten Ineffizienzen in der heimischen Gesundheitspolitik?

Moser: Die Nachfrageverfahren der vergangenen Jahre, bei denen sich der Rechnungshof bei den überprüften Stellen nach der Umsetzung seiner Empfehlungen erkundigt, zeigen, dass rd. 80 Prozent seiner Empfehlungen Wirkung entfalten.

Es besteht aber immer dort eine geringe Reformbereitschaft, wo das Zusammenwirken mehrerer Stellen oder Gebietskörperschaften erforderlich wäre, oder bei Reformvorschlägen, die auf Systemumstellungen oder Kompetenzänderungen abzielen. Genau das ist auch im Gesundheitsbereich der Fall. Es sind aber gerade diese grundlegenden Empfehlungen – also etwa die bereits angesprochene Entflechtung der Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung, die umgesetzt werden müssen, um die schon angesprochenen Ineffizienzen zu beheben und damit die Nachhaltigkeit des österreichischen Gesundheitssystems sicherzustellen.

P: Vergangenen Oktober haben Sie darauf verwiesen, dass Ineffizienzen und Doppelgleisigkeiten im Gesundheitssystem zu massiven Beeinträchtigungen in der Aufgabenwahrnehmung führen würden und das Problem darin bestehe, dass die Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung auseinanderklaffen. Woran genau denken Sie in diesem Zusammenhang?

Moser: Ein gutes Beispiel für die konkreten

Auswirkungen des Kompetenzwirrwarrs im Gesundheitssystem ist das AKH in Wien. Die Stadt Wien ist für das Pflegepersonal zuständig, der Bund bzw. die Universitäten für die Ärzte. Die mangelnde Abstimmung in der Personalplanung führt unter anderem zu Bettensperren, die in sechs Jahren Mehrkosten von bis zu 319 Mio. Euro verursachen. Die Ärzte leisten in der Nacht Journaldienste, die lediglich eine Versorgung von Notfällen, aber keine dauernde Arbeitsbelastung ermöglichen. Demgegenüber leisten z. B. OP-Gehilfen der Stadt Wien in der Nacht reguläre Dienste, bei denen eine Arbeitsbelastung wie im Tagdienst möglich ist. Eine Rechnungshofprüfung hat gezeigt, dass die Auslastung der OP-Gehilfen in der Nacht nur zwischen 17 und 54 Prozent lag.

P: Wie beurteilen Sie die Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems im internationalen Vergleich?

Moser: Wenn man das österreichische Gesundheitssystem im internationalen Vergleich betrachtet, so zeigt sich insbesondere, dass wir im Bereich der versorgenden Medizin mit rd. 58,5 Prozent der Gesamtausgaben für Gesundheit im europäischen Spitzenfeld liegen. Bei den Mitteln für Prävention und Gesundheitsschutz sind wir hingegen im OECD-Vergleich nur an 16. Stelle. Die Ausgaben für Prävention sind mit 1,9 Prozent geringer als beispielsweise in Deutschland mit 3,7 Prozent und der Schweiz mit 2,1 Prozent. Insbesondere aufgrund der demografischen Entwicklung besteht hier Handlungsbedarf.

P: Wo sehen Sie Möglichkeiten zur Prävention gegenüber Intransparenz bzw. Korruption (im Gesundheitswesen)?

Moser: Komplexe Systeme – wie das Gesundheitswesen mit einer Vielzahl an Akteuren in den unterschiedlichen Ebenen und dem Einsatz hoher finanzieller Mittel – sind einer erhöhten Gefahr durch Korruption ausgesetzt. Kompetenzzersplitterungen auf öffentlicher Seite und Intransparenz in der Finanzierung bzw. bei der Interaktion mit privaten Beteiligten erhöhen diese Bedrohung. Ein Gegenmittel für Korruption sind ein erhöhtes Maß an Transparenz in allen Bereichen und umfassende Korruptionspräventionsmaßnahmen. Der Rechnungshof leistet mit seinen Gebarungüberprüfungen einen Beitrag zur Schaffung dieser Transparenz, da er Missstände und Schwachstellen aufzeigt und versucht, mit seinen Empfehlungen Fehlentwicklungen vorzubeugen. Er wird sich dementsprechend auch in Zukunft vermehrt mit Korruptionspräventionssystemen bei seinen Prüfkunden auseinandersetzen und im Gesundheitswesen ebenso die

Implementierung und Funktionalität von Maßnahmen zur Prävention von Korruption prüfen.

P: Welche Möglichkeiten gibt es Ihrer Meinung nach, um dem Trend einer „Zwei-Klassen-Medizin“ entgegenzuwirken?

Moser: Ein bedeutender Schritt war hier sicher die im Jahr 2011 erfolgte Einführung der verpflichtenden Veröffentlichung von Wartelisten bei Routineeingriffen in Krankenhäusern. Aufgrund unterschiedlicher Umsetzungsstrategien der Bundesländer wäre in Zukunft aber verstärkt darauf zu achten, dass dennoch österreichweit ein einheitliches Transparenzniveau erreicht wird. Wichtig wäre es aber auch, die Einhaltung von Qualitätsvorgaben, wie sie sich im Krankenanstaltenrecht oder im Österreichischen Strukturplan Gesundheit finden, zu forcieren. Diese Vorgaben sollen gewährleisten, dass man sich als Patient darauf verlassen kann, überall die gleiche Qualität an Gesundheitsleistungen zu erhalten. Wie Rechnungshofprüfungen gezeigt haben, werden diese Qualitätsvorgaben aber leider vielfach nicht eingehalten. Handlungsbedarf besteht beispielsweise im nach wie vor sehr zersplitterten Bereich der onkologischen Versorgung. Wie im Österreichischen Strukturplan Gesundheit festgelegt, bräuhete es hier eindeutige Versorgungsaufträge sowie eine stärkere Bündelung von Fachwissen bzw. Fähigkeiten, um österreichweit eine optimale Versorgung von Krebspatienten sicherzustellen. ■

„Der Gesundheitssektor ist ein spannender Bereich, der aber auch mit großen Herausforderungen konfrontiert ist.“

Der Rechnungshof

Der Rechnungshof überprüft den Einsatz öffentlicher Mittel hinsichtlich Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit. Funktionell wird er sowohl als Organ des Nationalrats als auch der Landtage tätig. Seine Prüfkompetenz umfasst neben Bund, Ländern und Gemeinden mit mehr als 10.000 Einwohnern u. a. Unternehmen mit mehr als 50 Prozent öffentlicher Beteiligung, Sozialversicherungsträger, Stiftungen und Fonds. Der Rechnungshof beschäftigt derzeit 304 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. 82 Prozent davon arbeiten im Prüfdienst.



verantwortung. Dies führt zu unterschiedlichen Interessen, Ineffizienzen, Doppelgleisigkeiten, Intransparenz, Zielkonflikten und Steuerungsdefiziten. Mit der Gesundheitsreform 2013 sind Schritte in die richtige Richtung gesetzt worden. Man hat sich damit zu einer sektorenübergreifenden Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der Gesundheitsversorgung, zur Festlegung von Ausgabenobergrenzen und zu mehr Qualität und Prävention bekannt. Die bestehenden Zuständigkeiten blieben allerdings unangetastet. Im Gegenteil, mit den im Zuge der Reform geschaffenen Steuerungsgremien wird die Entscheidungsstruktur noch komplexer.

P: Welche zusätzlichen Einsparungs- und Reformmöglichkeiten ergeben sich aus Ihrer Sicht auf Bund-, Landes- und Gemeindeebene?

Moser: Ein grundlegendes Problem, das aus der Kompetenzzersplitterung resultiert, ist, dass es keine österreichweite, sektorenübergreifende Planung des Leistungsangebots im Bereich Gesundheit gibt. Es besteht ein Übergewicht im stationären Versorgungsbe-

Frauenherzen schlagen anders

Die Unterschiede im Herz-Kreislauf-System bei Frau und Mann und ihre Auswirkungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind bei Frauen die Todesursache Nummer eins. Dabei bestehen umfassende Präventionsmöglichkeiten – vorausgesetzt, die geschlechtsspezifischen Risikofaktoren sind bekannt und es erfolgt auch eine geschlechtsspezifische Diagnose. Das la pura women's health resort kamptal – mit seinem gesamten ärztlichen Team sowie seiner wissenschaftlichen Verantwortlichen, Univ.-Prof. Dr. Alexandra Kautzky-Willer – beschäftigt sich intensiv mit der gendermedizinisch unterschiedlichen Beschwerdesymptomatik und der Darstellung der wichtigsten Risikofaktoren für die Gesundheit der Frauen. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in einer Präventionsarbeit, die Ziele erlebbar macht und Motivation auslöst – sie lässt die Frauen hautnah erleben, was sie aktiv tun können, um für sich selbst und ihre Familie gezielt gesund zu bleiben.

Von Mag. (FH) Martina Dick

P: Welche sind die wichtigsten Risikofaktoren für die Herz-Kreislauf-Erkrankungen Herzinfarkt, Schlaganfall und Herzschwäche?

Kautzky-Willer: Unter den Frauen hat sich das Bewusstsein für Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Todesursache Nummer eins in den letzten zehn Jahren deutlich verbessert. Es ist auf ca. 60 Prozent angestiegen, doch weiterhin unterschätzen viele Frauen ihr eigenes kardiovaskuläres Risiko. Dieser Umstand verhindert, dass sie rechtzeitig Vorsorge betreiben bzw. behandelt werden. Zu den wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen zählen das Rauchen (vor allem bei jungen Frauen) mit einer fünffachen Steigerung des Risikos, Bewegungsmangel und Übergewicht, vor allem bei Einnahme der Pille. Eher unbekannt ist, dass Diabetes mellitus Typ 2 das Risiko bei ihnen – im Vergleich zu Männern – um mehr als das Zweifache erhöht. Auch Stress und Depressionen wirken sich bei Frauen weitaus stärker auf die Herzgesundheit aus als bei Männern. Weiters bewirkt Bluthochdruck eine rund dreifache und verursachen erhöhte Blutfette eine über zweifache Steigerung des Herz-Kreislauf-Risikos bei Frauen.

P: Welche genderspezifischen Unterschiede gibt es in der Symptomatik?

Kautzky-Willer: Männer leiden häufig an einem Druckgefühl im Brustbereich mit Ausstrahlung in den linken Arm und unter massivem Brustschmerz und Atemnot als Zeichen einer Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße (=Angina pectoris). Neben den „klassischen“ Symptomen, die Männer wie Frauen nicht zwangsläufig haben müssen, gibt es unspezifische Symptome: Frauen berichten häufiger über Müdigkeit, einer Abnahme der Leistungsfähigkeit, diffuse Oberbauchschmerzen, Schmerzen im Rücken und Kieferbereich, Übelkeit, Erbrechen, geschwollene Knöchel und Füße sowie Schlafstörungen. Auch die Gefäßverschlüsse sind oft – aber nicht immer – anders. Bei Frauen werden eher die kleinen Gefäße befallen. Die Verengungen sind diffus und in der Angiografie (in Form einer Engstelle) nur schwer oder gar nicht zu finden. Durch diese unübliche Art der Beschwerden empfinden die Frauen sich selbst nicht als herzkrank und gehen deshalb oft später zum Arzt.

P: Wie wirkt sich das auf die Diagnose und die Therapie aus?

Kautzky-Willer: Oft verzögert sich die Abklärung durch eine Fehldeutung der geschilderten Symptome. Auch ist die klassische Methode zur Diagnose, die Ergometrie (Belastungs-EKG), bei Frauen weniger aussagekräftig, sodass zur ausreichenden Abklärung verschiedene weitere bzw. andere Tests notwendig sind. Das verzögert und erschwert die Therapie, umfassende

Prävention gewinnt demnach an Bedeutung. Wichtig sind also das (Er-)Kennen aller Risikofaktoren und deren Vorbeugung.

P: Welche Rolle spielt das metabolische Syndrom?

Kautzky-Willer: Ein metabolisches Syndrom, wenn also mehrere Risikofaktoren zusammen auftreten, ist die häufigste Ursache von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Stoffwechselstörungen wie Typ-2-Diabetes. Es führt zu einer gegenüber Männern stärkeren Risikoerhöhung und sollte bei Frauen, insbesondere nach der Menopause, zunächst durch Gewichtsabnahme und vermehrte Bewegung behandelt werden bzw. eventuell medikamentös.

P: Einer der wichtigsten Risikofaktoren ist Diabetes – über welche Arten von Diabetes und Stoffwechselerkrankungen sprechen wir hier im Detail?

Kautzky-Willer: Erhöhter Blutzucker (Diabetes mellitus Typ 2) ist ein wesentlicher Treiber von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen. Auch Bewegungsmangel, hohe Blutfettwerte und hoher Blutdruck sind ihnen ein stärkerer Faktor als bei Männern. Frauen haben darüber hinaus öfter subtile Entzündungswerte, die Entzündungsreaktion spielt eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von Insulinresistenz und Typ-2-Diabetes, aber auch Atherosklerose. Das Hormon Östrogen bewirkt einen gewissen Schutz, der allerdings nach der Menopause nachlässt und im Falle von Diabetes schon früher wegfällt. Auch eine Schwangerschaft birgt spezifische Risiken: Sie stellt immer eine Belastung des Kreislaufs dar. Kommt es zu Maladaptation, zum Beispiel in Form von Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) oder Präeklampsie (Schwangerschaftsvergiftung) und Schwangerschaftshypertonie, bedeutet das ein zusätzliches Risiko für die Frau und das ungeborene Kind.

P: Worin liegen die wichtigsten Unterschiede in der Diabetes-Früherkennung von Frau und Mann?

Kautzky-Willer: Ausschlaggebend für die Feststellung ist meist der Nüchtern-Blutzuckerwert. Dieser ist bei Männern schon früh erhöht, Frauen weisen hingegen im Anfangsstadium öfter eine gestörte Glukosetoleranz ohne sonstige Auffälligkeiten auf. Der Goldstandard für die Diagnose bei Frauen ist ein Zuckerbelastungstest, der den Zwei-Stunden-Blutzuckerwert analysiert und die Glukosetoleranz ermittelt. Je nach Wert erkennt man, ob ein Frühstadium (gestörte Glukosetoleranz) oder ein manifester Diabetes vorliegen. Als diagnostisches Kriterium für einen manifesten Diabetes mellitus gelten ein Nüchternblutzucker von über 126 mg/dl an zwei Tagen oder ein Zwei-Stunden-Glukosewert von



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“.

über 200 mg/dl. Ein erhöhtes Diabetesrisiko besteht, wenn der Nüchternblutzucker über 100 mg/dl, aber unter 126 mg/dl beträgt oder ein Zwei-Stunden-Glukosewert von über 140 mg/dl, aber unter 200 mg/dl vorliegt. Werden diese Werte nicht getestet, fällt die bei Frauen so wichtige Früherkennung weg. Denn wie die großen Präventionsstudien deutlich zeigen, können durch die Erkennung eines Vorstadiums die Entwicklung eines Diabetes verhindert und Folgeerkrankungen durch entsprechende Lebensstilmaßnahmen eingedämmt werden.

P: Wie werden Stress und Depression als Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen eingestuft?

Kautzky-Willer: Bei Frauen sind Stress (zumindest dreifache Steigerung) und Depression (zwei- bis dreifache Steigerung) besonders ernsthafte Risikofaktoren. Dies gilt sowohl für Frauen unter

45 wie auch für ältere Frauen nach dem Wechsel. Demgegenüber stehen bei Männern eher die körperliche Belastung und der Stress am Arbeitsplatz als Auslöser eines Herzinfarkts im Vordergrund. Frauen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind häufig auch depressiv – und vice versa.

P: Welche Maßnahmen können präventiv gesetzt werden?

Kautzky-Willer: Die wichtigste präventive Maßnahme sind das Kennen der eigenen Risikofaktoren und darauf abgestimmte Änderungen des Lebensstils: mehr Bewegung im Alltag, gesünder essen und trinken, dauerhaft aktiv bleiben, den Nikotinkonsum einstellen, Stress reduzieren und medizinische Tests machen lassen, wie etwa die Bestimmung der Blutfette und des Blutdrucks sowie einen Zuckerbelastungstest, um das Diabetesrisiko richtig einschätzen zu können. ■

Steigerung des Herz-Kreislauf-Risikos bei Frauen*

Erhöhter Blutzucker – Diabetes mellitus Typ 2	rund 4-fache Steigerung
Bluthochdruck	rund 3-fache Steigerung
Rauchen	rund 3-fache Steigerung
Übergewicht	über 2-fache Steigerung
Erhöhte Blutfette	über 2-fache Steigerung
Familiäre Vorbelastung	über 2-fache Steigerung
Depression	2–3-fache Steigerung
Stress	rund 3-fache Steigerung
Migräne mit Aura	über 2-fache Steigerung
Schwangerschaftsdiabetes	mehr als 3-fache Steigerung
Präeklampsie, Eklampsie	rund 2-fache Steigerung

Die eigenen Risikofaktoren kennen – Wissen gibt Sicherheit

Anhand einer einfachen und kurzen Lebensstilanalyse, der Anwendung frauenspezifischer Risikoscores und weiterführender Messungen bzw. Untersuchungen kann das Ärzteteam im la pura women's health resort eine Vielzahl möglicher Gesundheitsrisiken erkennen bzw. ausschließen. Die Fragebögen sind wichtige Präventionstools, die eine wesentliche Unterstützung der Ärzte und Patientinnen in der Risikoabschätzung darstellen. So können bereits in der Frühphase mögliche spätere Erkrankungen, die vielfach mit ungesundem Lebensstil verbunden sind, abgefangen bzw. in ihrem Ausmaß eingedämmt werden. Das Präventionsprogramm „Wissen gibt Sicherheit“ trägt dazu bei, das Gesundheitsbewusstsein der Frau zu steigern und absehbaren Risiken respektive bisher nicht diagnostizierten Gesundheitsgefahren präventiv entgegenzuwirken.

Lebensstilanalyse im Dialog zwischen Arzt und Patientin

Im la pura women's health resort findet die Lebensstilanalyse im Rahmen des Dialogs mit dem Arzt statt. Die daraus ermittelten Risikoprofile können durch die individuell an die Frau angepassten la pura-Behandlungspfade umgehend beantwortet werden. Sowohl die Diagnostik (im Bedarfsfall) als auch medizinische Trainings- und Übungstherapien in den relevanten Vorsorgebereichen sind Bestandteil des Reaktionspotenzials. Die Empfehlungen zur Integration wichtiger Maßnahmen in den Alltag runden die ärztliche Beratung ab.

Allen Schritten gemeinsam ist: Bei einer frauenspezifischen Diagnostik und Therapie werden sowohl körperliches als auch seelisches Befinden, Erfahrungen, Umwelteinflüsse und Lebensgewohnheiten berücksichtigt. Diagnostik und Behandlungspfade sind in la pura abgestimmt auf die Bedürfnisse der Frau und bieten auch eine maßgebliche Unterstützung für eine positive Veränderung des Lebensstils. In Zusammenarbeit mit der Medizinischen Universität Wien werden bei la pura die neuesten Erkenntnisse der Gendermedizin mit erprobten komplementärmedizinischen Methoden ganzheitlich verknüpft und mit ausschließlichem Fokus auf Frauengesundheit umgesetzt. Aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung und der grundlegenden Veränderung des weiblichen Körpers vor, während und nach der Menopause sowie unterschiedlicher Risikofaktoren sind eine individuelle Gesundheitsvorsorge und Behandlung für Frauen besonders wichtig. Das la pura women's health resort kamptal bietet dazu alle Möglichkeiten.

IHRE ÄRZTE VOR ORT



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



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 kamptal und des la pura ambulatoriums für physikalische medizinen und reha-bilitation kamptal.

Diagnostische Grenzwerte bzw. Zielwerte, die im Besonderen für Frauen gelten*

	Richtwerte	Diagnosestellung
PRÄDIABETES/Vorstufe zum Diabetes mellitus Typ 2:		Oraler Glukosetoleranztest (OGTT) = Blutzuckerbelastungstest = WICHTIG FÜR SCHWANGERE FRAUEN / Mutter-Kind-Pass-Untersuchung 24.–28. SSW (in der Schwangerschaft gelten aber andere Grenzwerte für Gestationsdiabetes!)
Nüchtern-glukose	≥ 100 mg/dl, aber ≤ 125 mg/dl	
2 h BG Wert (OGTT)	≥ 140 mg/dl, aber ≤ 200 mg/dl	
HbA1c	≥ 5,7%, aber ≤ 6,4%	
DIABETES II:		Nüchternblutabnahme
Nüchtern-glukose	≥ 126 mg/dl	
2 h BG Wert (OGTT)	≥ 200 mg/dl	
HbA1c	≥ 6,5%	
Blutdruck (mmHg)	120–129 / 80–84	Blutdruckmessung nach 5 Minuten ruhigem Sitzen
Cholesterin (mg/dl)	LDL < 160, HDL > 50 (bei Diabetes oder hohem kardiovaskulärem Risiko gelten niedrigere LDL-Cholesterin-Zielwerte!)	Nüchternblutabnahme
Bauchumfang (cm)	< 88	Messen mit einem Maßband
Body-Mass-Index (kg/m²)	18,50–24,99	

* Quelle: Adaptiert nach: Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women: 2007 Update; Mosca L et al, Circ 2007; 115: 1481-1501

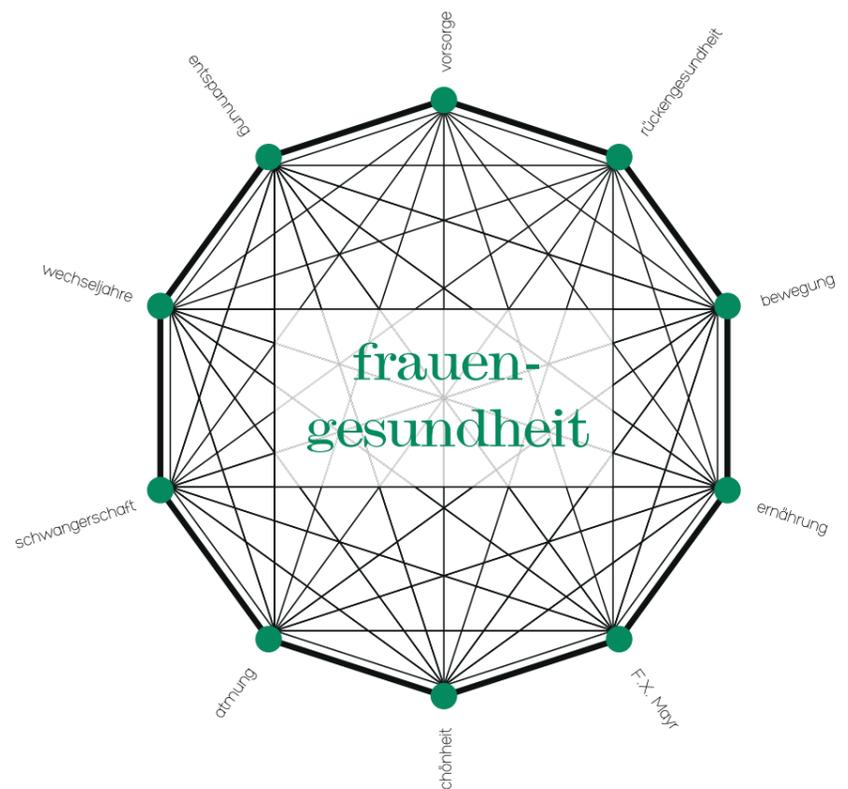
InfoBox

Es werden zahlreiche Gesundheitsleistungen speziell für die Frau auf wissenschaftlicher Basis nach gendermedizinischen Erkenntnissen 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: **VAMED VITALITY WORLD** the relaxing way of life **la pura** women's health resort kamptal

la pura wirkungskreis



Qualität und Expertise in der Behandlung: Verbrennungen gehören an Verbrennungszentren!

Oft ist es eine Sache von nur wenigen Sekunden: Ein unachtsamer Moment, und schon ergießt sich das kochend heiße Teewasser über die Haut. Die Folge können schwerwiegende Verbrennungen sein. Statistisch betrachtet erleidet in Österreich einer von 350 Einwohnern pro Jahr eine so schwere Verbrennung, dass ein stationärer Krankenhausaufenthalt notwendig ist. Mit dem PERISKOP sprachen Univ.-Prof. Dr. Lars-Peter Kamolz, Leiter der Klinischen Abteilung für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Universitätsklinik für Chirurgie der MedUni Graz am LKH-Univ.-Klinikum Graz, und OA Dr. Herbert Haller von der Brandverletzungsstation am UKH Linz der AUVA über den derzeitigen Status der Verbrennungsversorgung in Österreich. Das vorrangige Ziel der beiden Präsidenten der DAV-Tagung in Leogang ist die Stärkung der Brandverletztenversorgung in Österreich, denn hier gibt es – gerade im internationalen Vergleich – massiven Handlungsbedarf.

Von Mag. Nina Bennett, MA

P: Welche Art von Arbeitsunfällen führt zu schwersten Brandverletzungen?

Kamolz: Österreich ist ein hochentwickeltes Land mit so vielen Sicherheitsvorkehrungen, dass die Zahl der Brandverletzten generell sehr gering ist. In den USA beispielsweise, wo die Bauweise von Häusern nicht so massiv ist wie hierzulande, kommt es gerade durch Wohnungsbrände zu zahlreichen Brandverletzungen. Die verschiedenen Altersgruppen haben unterschiedliche Brandverletzungen: Bei Kindern sind es häufig Verbrühungen, bei Erwachsenen sind oft Grillunfälle und bei älteren Menschen Unfälle mit Gasherden die Ursache.

P: Wie stellt sich die Versorgung von Verbrennungsoptionen in Österreich im internationalen Vergleich dar?

Haller: Im internationalen Raum ist es üblich, dass es eigene Verbrennungszentren für Verbrennungsoptionen gibt. Das bedeutet, die Verbrennung ist landesweit in Zentren strukturiert. Diese Strukturen gibt es in Österreich nicht: Bei uns existiert weder eine strukturierte Verbrennungsversorgung noch eine zentrale Vermittlungsstelle zur Bettenvergabe.

Kamolz: Jene Zentren, die es außerhalb Österreichs gibt, befassen sich sehr intensiv mit (Schwer-)Brandverletzten, aber auch mit Erkrankungen, die mit großen Gewebedefekten einhergehen, wie zum Beispiel toxische epidermale Nekrolyse oder nekrotisierende Faszitiden, d.h. Infektionen, bei denen es zu großflächigem Gewebeverlust kommt. International und damit länderspezifisch ist es auch unterschiedlich, welche Experten die Führung innehaben: Das können plastische Chirurgen, Allgemeinchirurgen oder Unfallchirurgen sein. Im deutschsprachigen Raum ist die plastische Chirurgie dominant, in den USA die Allgemeinchirurgie.

„Österreich ist ein hochentwickeltes Land mit so vielen Sicherheitsvorkehrungen, dass die Zahl der Brandverletzten generell sehr gering ist.“

P: Wo werden schwere Verbrennungspatienten in Österreich behandelt?

Kamolz: Von der Europäischen Verbrennungsgesellschaft gibt es nach den internationalen Kriterien für Schwerstverbrennungsoptionen einige Brandverletztenzentren und -einheiten in Wien, Graz, Linz und Feldkirch sowie ein Kinderbrandverletztenzentrum in Graz. Diese Einheiten spielen in Österreich eine übergeordnete Rolle in der Verbrennungsmedizin.

Haller: Die Handhabung erfolgt in der Regel über den Notarzt, der versucht, ein freies Bett zu bekommen. Im Anschluss fragt die Leitstelle alle Einheiten nach freien Betten ab und weist den Patienten dann an den jeweiligen Standort zu. Bei uns im UKH Linz wird vorgegeben, welche Fälle wir nehmen können – Arbeitsunfälle werden immer genommen, bei anderen Fällen muss gesondert angefragt werden.

Verbrennungsmedizin ist ein hochspezialisierter Bereich, der zwischen Traumachirurgie, Intensivmedizin, plastischer Chirurgie und Unfallchirurgie liegt. Leider existiert keine gesonderte Ausbildung oder Weiterbildung zum Facharzt für Verbrennungsmedizin. Um Verbrennungen adäquat behandeln zu können, ist langjährige Erfahrung notwendig. Zudem bedarf es eines eingespielten

Teams, das dieselben pathophysiologischen Grundlagen anerkennt.

Kamolz: Es ist an dieser Stelle noch wichtig zu erwähnen, dass Verbrennungsoptionen nicht immer in die für sie vorgesehenen Zentren kommen, sondern oftmals woanders behandelt werden. Und diese Tatsache kann unter Umständen problematisch sein, da es entscheidend ist, welche Körperregionen von der Verbrennung betroffen sind. Die falsche Behandlung einer kleinen Fläche im Gesicht kann unter Umständen schwerwiegende Folgen haben. So entstehen etwa 20 Prozent der Kosten, die durch eine Brandverletzung verursacht werden, im Krankenhaus, 80 Prozent der Kosten entstehen hinterher bei der Folgebehandlung. Eine richtige Erstbehandlung ist daher sowohl aus dem versorgungstechnischen wie auch dem ökonomischen Blickwinkel zu unterstreichen.

P: In welchen Bereichen hat die österreichische Verbrennungsversorgung Stärken und wo besteht Aufholbedarf?

Haller: Die Haut setzt sich aus unterschiedlichen Schichten zusammen: der Oberhaut (Epidermis), der Lederhaut (Korium/Dermis) und der Unterhaut (Subkutis). Bei Verbrennungen sind diese Schichten je nach Tiefe des Schadens in unterschiedlichem Ausmaß betroffen. In Abhängigkeit von der Verbrennungstiefe werden I-, II- und III-gradige Verbrennungen unterschieden. Schwerere Verbrennungen gehören nach geläufigen internationalen Kriterien in der Verbrennungsmedizin ausnahmslos an ein Zentrum. Spezialisierte Verbrennungszentren verfügen über das Wissen, wie man eine Verbrennung kosmetisch und funktionell so behandelt, dass alle Funktionen bestmöglich wiederhergestellt werden können. Für eine adäquate Behandlung einer Verbrennung ist die richtige Einschätzung ihrer Größe und Tiefe notwendig. Aus diesem Grund haben wir an der Johannes-Kepler-Universität Linz ein Computerprogramm entwickelt, das Verbrennungsverletzungen an einem 3-D-Modell dokumentiert. Zudem arbeiten wir intensiv an der laufenden Optimierung der Behandlung von Verbrennungsoptionen. Österreich gilt in diesem Bereich als ausgesprochen innovativ.

OA DR. HERBERT HALLER
Brandverletzungsstation
am UKH Linz der AUVA



Kamolz: Österreich hat bei der Behandlung von Verbrennungsoffern definitiv Stärken. Eine davon liegt darin, dass wir von den Techniken, von der Wissenschaft her und gerade in der Qualität der Behandlung sowie der Rekonstruktion in Europa – hier insbesondere im deutschsprachigen Raum – führend sind.

P: Was ist Ihre Vision für die Verbrennungsversorgung in Österreich? Welche Wünsche haben Sie?

Kamolz: Der primäre Wunsch ist, dass die Brandverletzten zur Behandlung nur an spezialisierte Verbrennungszentren kommen, da diese eine gewisse Behandlungsqualität garantieren. Durch die Bündelung der Fälle in den Zentren hätten diese ausreichend hohe Fallzahlen, um ihre Expertise ausbauen zu können.

Haller: Meine Vision ist: Raus aus fachlichen Differenzen, denn es geht um den Patient! Das bedingt, dass die Verbrennungsbehandlung als eigener Facharzt anerkannt wird, da hierfür eine sehr umfassende Ausbildung notwendig ist. Dies gibt es in einigen Ländern der Welt bereits. Verbrennungsmedizin sollte unbedingt in einem Zentrum stattfinden. Dabei sollte das Team personell und instrumentell perfekt aufeinander abgestimmt sein und miteinander kooperieren, um den Patienten bestmöglich zu versorgen. Hierbei spielen auch eine klare Führungsstruktur und eine ordentliche Finanzierung eine entscheidende Rolle. Gerade in der Verbrennungsmedizin muss Expertise aufgebaut werden, da die Fallzahlen in Österreich gering sind. Das kann nur gelingen,

wenn die Mediziner lange in der Verbrennungsmedizin tätig sind. Für die Rekonstruktion von schwerst verunstalteten Gesichtern gibt es nur wenige Spezialisten.

P: Welche sind die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse und medizinischen Trends bei der Behandlung von Verbrennungspatienten?

Haller: Die Medizin ist eine Disziplin im Wandel, also darf uns nichts daran hindern, klüger zu werden. Verbrennungen waren immer ein Vorreiter für neue Erkenntnisse in der Wissenschaft. Die ganze Traumaversorgung profitiert von den Studien zu Verbrennungen. In der Verbrennungsmedizin massiv geändert haben sich in den letzten Jahren das Schockmanagement und die Anwendung der Intensivmedizin unter dem Motto „weniger ist mehr“. Zudem wird die Fläche von Verbrennungen meist überschätzt. Bei jedem Patienten muss der Mediziner dazulernen, reflektieren und mit Kollegen diskutieren, was gut und was schlecht gelaufen ist, um diese Erfahrungen für die weitere Arbeit nutzen zu können. Forschung und Entwicklung sind gerade in der Verbrennungsmedizin als Teil der Qualitätskontrolle ganz wesentlich. Um die Haut wiederherzustellen, sind eine dermale und eine subdermale Struktur, die Talg- und Schweißdrüsen, die Haare sowie ein kosmetisches Aussehen mit einem gewissen Pigmentierungsgrad erforderlich. Primäres Ziel ist es heute, abgestorbenes Gewebe möglichst früh und vollständig zu entfernen, aber auch vitales Gewebe bestmöglich zu erhalten.

Kamolz: Die Verbrennungsbehandlung ist einer der großen innovativen Motoren für die plastische Chirurgie, gerade in den Bereichen Haut und Hautersatzmaterialien, Tissue Engineering – also Züchtung und Kultivierung von Gewebe –, neue Operations-, aber auch nicht operative Techniken. Hier gibt es eine Bandbreite an Methoden und Verfahren, die sich jedes Jahr ändern oder erneuern. Mit ein Grund dafür, dass die Behandlung von Verbrennun-

„Bei uns existiert weder eine strukturierte Verbrennungsversorgung noch eine zentrale Vermittlungsstelle zur Bettenvergabe.“

gen in Zentren gefordert ist, ist, dass der Mediziner immer am aktuellen Stand der Technik sein sollte. Um positive Ergebnisse zu erzielen, versuchen wir natürlich, vitales Gewebe nach einer Verbrennung zu erhalten, so gut es geht. Wenn bestimmte Hautgebilde und -schichten gerettet werden können, ist die Funktionalität deutlich besser. Die chirurgischen Verfahren sind ausgezeichnet: So werden seit Jahren immer neuere Techniken ausprobiert, mit denen das nekrotisch zerstörte Gewebe ausreichend entfernt und zugleich möglichst viel vom vitalen Gewebe erhalten werden kann. Nun entwickelt sich in der

Wissenschaft der Strang der enzymatischen Behandlung von Verbrennungen mittels Arzneien, die auf die Haut aufgetragen werden können. Wichtig ist jedenfalls: Je mehr vitales Gewebe erhalten werden kann, desto mehr Möglichkeiten bestehen im Hinblick auf die Rekonstruktion und damit auch auf die Funktionalität und Ästhetik. Neue Techniken, die im ersten Schritt oft mehr kosten, können langfristig Kosten sparen und sollten daher auch angewandt werden. Damit die Patienten so schnell wie möglich wieder gesunden, ist die frühzeitige Investition in alle nur möglichen Maßnahmen sinnvoll. Damit hat der Patient nicht nur eine bessere Lebensqualität, sondern – rein ökonomisch gesehen – verhält sich diese Vorgehensweise mindestens kostenneutral, wenn nicht sogar kostensparend. ■

DAV-Tagung: 14. – 17. Jänner in Leogang/Salzburg:

Von 14. bis 17. Jänner 2015 findet die 33. Jahrestagung der deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Verbrennungsbehandlung (DAV) in Leogang (Salzburg) statt. Die Neuerungen und Innovationen des vielfältigen Fachgebiets werden im Rahmen von Vortrags- und Postersitzungen, Lunchsymposien und Workshops diskutiert. Dieses interdisziplinäre Treffen von deutschsprachigen Verbrennungsmedizinern sowie von Experten auf dem Gebiet der Brandverletztenbehandlung deckt alle Neuheiten und Innovationen im Bereich der Brandverletztenbehandlung ab und steht jedes Jahr unter einem anderen Motto. Die Schwerpunkte für 2015 sind die Zentrumsfunktionen und die Qualität in der Behandlung. Das wissenschaftliche Programm reicht von der strukturierten Ausbildung über die präklinische Versorgung, personelle Ausstattung und Infektionen bis hin zu neuen Strategien zur Narbenbehandlung und neuen Erkenntnissen aus der Pflege. 2015 können die Teilnehmer erstmals das Programm mitgestalten, indem sie themenspezifische Abstracts einreichen und so die Chance nutzen, einem breiten Kollegenkreis ihre Studien oder Erfahrungen im klinischen Alltag vorzustellen. Gerade die jüngeren Kollegen sollen 2015 besonders dazu ermuntert werden, wissenschaftliche Beiträge einzureichen. Erstmals wird auch der Harald-F.-Selig-Preis überreicht, der von der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Verbrennungsbehandlung ins Leben gerufen wurde. Er gilt der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses im Bereich der Verbrennungsmedizin. Präsidenten der DAV-Tagung sind Univ.-Prof. Dr. Lars-Peter Kamolz und OA Dr. Herbert Haller.

UNIV.-PROF. DR. LARS-PETER KAMOLZ
Leiter der Klinischen Abteilung für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, am LKH-Univ.-Klinikum Graz



BioBox:

Univ.-Prof. Dr. Lars-Peter Kamolz, MSc, ist Leiter der Klinischen Abteilung für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie an der MedUni Graz und stellvertretender Ärztlicher Direktor des LKH-Univ.-Klinikums Graz sowie Präsident der DAV-Tagung. Der gebürtige Berliner absolvierte das Medizinstudium an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien und war an der Abteilung für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie der Medizinischen Universität Wien tätig. Zudem beschäftigt er sich mit dem Thema „Qualität im Gesundheitswesen“, absolvierte die Ausbildung zum Qualitätsbeauftragten, Qualitätssystem-Manager und EFQM-Assessor. Nebenbei absolvierte er den Universitätslehrgang für „Qualitäts- und Prozessmanagement“ an der Donau-Universität Krems. Für seine wissenschaftlichen Arbeiten erhielt er zahlreiche Preise, unter anderem den Theodor-Billroth-Preis.

BioBox:

OA Dr. Herbert Haller absolvierte das Studium der Medizin an der Karl-Franzens-Universität Graz und promovierte 1977 zum Doktor der gesamten Heilkunde. Seit 1988 ist der gebürtige Oberösterreicher Facharzt für Unfallchirurgie und ab 1997 war er als Ärztlicher Direktor und Chefarzt am Zentrum für Schwerbrandverletzte am Unfallkrankenhaus Berlin tätig. Im Jahr 2000 kehrte er nach Österreich zurück und beschäftigte sich als Oberarzt im UKH Linz der AUVA mit der Neuplanung der Brandverletztenintensivstation, die 2005 in Betrieb genommen wurde und wo er nach wie vor tätig ist. Seit 2003 ist OA Dr. Haller Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Notfall- und Katastrophenmedizin, als Präsident war er 2009 Veranstalter des ÖNK-Jubiläumskongresses in Linz. Zudem ist er Präsident der DAV-Tagung 2015.

»Nevertheless, I like challenges.«

Univ.-Prof. Dr. Judit Simon, is Professor of Health Economics and Head of the newly founded Department of Health Economics (DHE) at the Medical University of Vienna, Centre for Public Health. The new Department is a distinct, independent academic research unit with both national and international research interests. Therefore, English is the official language. In the interview with PERISKOP she explains her motivations and visions for her new position and discusses the future of health economics in Austria.

by Karin Schneck, BA

P: Since October 2013 you are head of the new Department of Health Economics at the Medical University of Vienna. How was the first year of your professorship?

Simon: It was very intense, challenging but also very rewarding and productive. The Department of Health Economics is now fully up and running with four very motivated and capable colleagues. We have several international and national projects in the pipeline and several more under development in collaboration with colleagues at the Medical University of Vienna (MUW). The basics of health economics are now taught at master and PhD levels at the MUW and from next year it will also appear in the undergraduate curriculum in diverse formats. Together with the LBI-HTA, we have also established PrimHE, an open lecture series that focuses on the methods of health economics. Overall, I feel that within a very short time period a lot has been achieved. The relocation process for the family has been very demanding and most likely would not have been successful without the help and advice of some newly found friends and colleagues. Nevertheless, I like challenges. I always try to see them as opportunities and approach them with a positive attitude.

P: Why did you become a health economist?

Simon: I come from a medical family and I myself also trained as a medical doctor. This means that I grew up in Hungary seeing the main problems in the health care system first hand. In Hungary, medical doctors and health care workers in general are not well paid in international comparison and there are a lot of inequalities. Lots of young doctors leave the country these days for financial reasons. Soon after beginning my medical studies, I realized that I'm very interested in the organizational issues of the health care system and questions of efficiency including how the available money could be spent better. Therefore I took up a second undergraduate degree in economics and studied it along with medicine. After graduation I got a one-year scholarship to study specifically health economics in the UK where I ended up studying and working for nearly 15 years. So my interest in health economics developed in a very natural, intrinsic way. Even after so many years, I feel that health economics is something that I am very passionate about and I'm happy to pursue further.

P: What is your experience with relevant research funding in Austria?

Simon: Currently the allocation of research funding happens in a rather traditional way in Austria. There is a lot of emphasis on basic biomedical research, but there is almost no funding for public health or health services research. The rapidly increasing costs in the health care system and the challenges of the current demographic changes call for changes in this matter with more emphasis on and openness towards supporting research into prevention, health promotion, as well as organizational and efficiency questions. In many countries, there are now special funding calls or ring-fenced research budgets for this purpose and it would be great to see Austria also moving in this direction.

Austria is also a relatively small country, therefore, teaming together between disciplines to focus on solid objectives and robust methods is more successful than trying to compete with each other. I am very much in favor of collaborative, multidisciplinary research and this is what I also try to establish as part of the Department's portfolio. So far I have had very positive feedback and received support from many unexpected places in this sense.

P: Usually in the medical profession you don't talk about money and resource allocation because that's immediately considered as rationing and health economics has in general a negative connotation.

Simon: These days rationing and resource allocation is inevitably embedded in any health care system. The question is whether it is done in a rather non-systematic way or in an explicit way based on some systematic principles one of these being cost-effectiveness. With this I would not like to say that cost-effectiveness is the single factor that decisions should be based upon, but it should be definitely on the table as part of the evidence that is considered.

Lots of medical professionals still misunderstand what health economics is. Often it is believed that health economics is concerned with cost cutting, or that it is the same thing as health policy and health care management. Incorporating the basics of health economics and the concepts of efficiency, equity and population-level thinking into medical education is therefore very important. I see this actually as one of the main roles of the Department of Health Economics. Being part of the Centre for Public Health at the Medical University of Vienna has been a very positive attribute of this professorship. Despite the aforementioned prejudice against health economics among medical professionals, both in the UK and here in Vienna I have had a lot of positive experiences when working together with clinicians.

P: Your primary research interests include the delivery of cost-effective interventions for people with mental health disorders, system level evaluation and international comparison of health services and health care rationing research with a specific attention to transition

economy countries. The economic evaluation of health care in particular seems still to cause irritation. Why is this so?

Simon: It would be important to understand that economic evaluations are concerned both with costs and outcomes and something that is cost-effective does not necessarily save money. Cost-effectiveness rather means that something is good value for money, in other words, the additional health gains worth the additional costs. Within an economic evaluation framework, it is possible to find cost-effectiveness answers from different perspectives and for different time horizons and provide information to a wide range of stakeholders. In a lot of cases, economic evaluations also require the use of assumptions and modelling which are often criticized for their inherent uncertainty. Although this uncertainty exists, it is mostly quantifiable using alternative sets of assumptions and sensitivity analyses. Furthermore, small pilot studies or monitoring of the costs and impacts of implemented programmes can significantly contribute to the dynamic updating of these models and the reduction of uncertainties.

P: Should policy makers be more engaged with efficiency questions and what do you think about transparency in this context?

Simon: The health care system in Austria is very fragmented and this does not help transparency. Inherently, there are a lot of competing interests and the information flow between the different sectors of the health care system is limited. One of the most important factors of transparent, evidence-based decision making is the availability of relevant data for better health economics and health services research. A lot of relevant data is being collected in Austria, but simply 'having' data is not enough. The way these data are collected, processed and accessed are crucial. To conduct high quality and robust economic evaluations, you need access to reliable, systematic cost and outcome data from different sectors of the health and social care system and potentially from even other sectors of the economy. It's good to see that there have been several initiatives to develop methodological guidelines on economic evaluations, health technology assessments, economic modelling, etc. for Austria. The Department of Health Economics has now initiated a unit cost programme that aims to summarize the currently available unit cost evidence for Austria and to develop a new, comprehensive, publicly accessible national unit cost library in collaboration with relevant stakeholders. Getting the right data, using standardized methodology and public access to the results of economic evaluations could greatly contribute to transparent decision making in Austria.

Academic research in itself, however, will not lead to major changes in this respect or can drive this agenda. And this is not specific to Austria. The interest for evidence-based decision making including the questions of efficiency and equity should come from the decision makers themselves. For this to happen, one should understand the varying motivations of different stakeholders and try to help their needs for relevant information. It is very important that decision makers see and understand the benefit of health economics research and that the addressed questions are relevant for the Austrian health care system. I see multidisciplinary collaborations, analytical frameworks that are informative at several decision making levels, and transparency and independency in the methods and results as key factors for this.

P: You worked with the University College London, the London School of Economics and

the University of Oxford where recently you have been appointed as Visiting Professor. All institutions with longstanding history of health economics. Compared to that, Austria is a late-comer. What does the European landscape look like in this respect?

Simon: There is an interesting publication by Wagstaff and Culyer which looks at the importance of the different countries in terms of health economics research and publications. According to this list, the USA is in the leading position, the UK is the 2nd, Germany is the 7th, Switzerland is the 8th, while Austria is 23rd. A few thoughts on this: The USA has the highest health care spending in the world, so it is not surprising that they are very concerned with economic questions. The UK has completely centralized National Health Services which greatly reduces the problem of competing interests and promotes efficiency oriented and transparent central decision making. I am optimistic that the position of Austria on the health economics landscape will improve in the future and hopefully our Department will actively contribute to this.

P: From the public health perspective what are the challenges you expect for health economics in Austria and what challenges do you expect for your Department?

Simon: Public health is not only related to the health care sector. It is a completely multi-sectoral field, with education, employment, housing and many other aspects of our lives playing also important

roles. The methodological challenges for public health economics in general are not different in Austria from other countries. These are mostly related to the lack of comprehensive data, the difficulties to conduct randomized controlled trials, the discrepancy between the long-term benefits of these interventions versus the short-term interest of politics, and the breadth of economic sectors that usually have to work together to establish effective and comprehensive public health packages. In Austria, the very limited relevant research funding and low decision maker engagement are some additional hurdles.

In general, capacity development in health economics is very important. This should include not only the training of health economists, but there is also the need for health care decision makers and medical professionals to understand the basic concepts and terminology of health economics. And this leads us back to how important I consider the educational, training and motivational roles of the Department beside its research role. I am very impressed with how many eager and forward thinking students I was able to meet over the past one year. The motivation within the current team of the Department is extraordinary while the diverse skill profile of my colleagues greatly contributes to the successful team work. I very much look forward to continue on this path and see the Department growing further. ■

The interview was held at the Josephina Library of the Josephinum, the Collections of the Medical University. The Josephinum is the historical gateway to the Medical University of Vienna and remains to date an important place for teaching, research and the exchange of ideas.

BioBox:

Judit Simon, MD, BA, BSc, MSc, DPhil, FFPH

Judit Simon is Professor of Health Economics and Head of the Department of Health Economics, Centre for Public Health at the Medical University of Vienna, which positions she took up in mid-October 2013. The Medical University of Vienna has thus also become the first Austrian university to establish a chair in the subject. Simon has previously worked at the University College London (UCL), the London School of Economics (LSE) and the Health Economics Research Centre (HERC), Nuffield Department of Population Health at the University of Oxford.



»Chronische Erkrankungen: eine der größten Herausforderungen des Gesundheitssystems«

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ist ein modernes Dienstleistungsunternehmen und steht in Kooperation und Koordination mit 22 Sozialversicherungsträgern aus der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung. Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA wurde 2013 zum stellvertretenden Vorsitzenden im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gewählt und blickt auf viele turbulente Ereignisse zurück. Im Interview mit dem PERISKOP sprach er über die neue Rolle der Krankenkassen im Zuge der Gesundheitsreform und die Herausforderungen der Zukunft.

Von Mag. Nina Bennett, MA

P: Am 31. Jänner 2013 wurden Sie gemeinsam mit Mag. Bernhard Achitz zum Stellvertreter des Vorsitzenden im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gewählt. Wie sehen Sie die Sozialversicherung heute? Welche großen Projekte gibt es?

Schaffenrath: Rückblickend kann ich nach fast zwei Jahren in meiner Funktion als stellvertretender Verbandsvorsitzender mit ruhigem Gewissen sagen, dass in dieser Zeit enorm viel bewegt und geleistet wurde. Vor allem auf die Anstrengungen und Leistungen rund um die Gesundheitsreform darf die Sozialversicherung stolz zurückblicken. Im vergangenen Jahr, am 26. Juni 2013, wurde der Bundes-Zielsteuerungsvertrag feierlich paraphiert und damit der Kernpunkt der Reform gesetzt. Die darin festgeschriebenen Rahmenvorgaben, die gesundheitspolitischen Ziele sowie die Definition der notwendigen Parameter wurden damit zwischen dem Bund, den Ländern und der Sozialversicherung bis 2016 gemeinschaftlich festgelegt. Österreich hat anerkanntermaßen eines der besten Gesundheitssysteme weltweit. In einer Eurobarometer-Umfrage beispielsweise

geben sogar 94 Prozent der Befragten an, dass sie mit ihrem Gesundheitssystem zufrieden sind. Ich sehe es als unseren Auftrag, dieses System weiter zu erhalten und zu verbessern.

P: Die Bund-Länder-Vereinbarung (15a) aus dem Jahr 2012 sieht Einsparungen in der Höhe von 3,4 Milliarden Euro vor, bei einer prognostizierten Ausgabensteigerung im österreichischen Gesundheitssystem bis 2016. Der jährliche Ausgabenanstieg von bisher 5,2 Prozent soll bis 2016 auf 3,6 Prozent reduziert werden. Sind diese Vorgaben derzeit realistisch? Wodurch werden diese Ziele erreicht?

Schaffenrath: Ja, 3,6 Prozent entspricht laut WIFO und IHS dem durchschnittlichen jährlichen BIP-Wachstum (nominell) für die nächsten fünf Jahre. Darauf aufbauend wurden Ausgabenobergrenzen festgelegt, die auch laufend überwacht werden. Es wird im Gesundheitswesen keine Einsparungen auf dem Rücken der Patienten geben oder gar das System „kaputtgespart“ werden. Wir wollen für ein gedämpftes Wachstum der Ausgaben sorgen, um das System langfristig und nachhaltig abzusichern. Da sich das Wachstum der Gesundheitsausgaben nach den Vorgaben des Stabilitätspakts an der Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts orientiert, wird in den kommenden Jahren sogar mehr für die Gesundheit der Österreicher ausgegeben werden.

P: Der Ruf nach einer Zusammenlegung der insgesamt 22 Sozialversicherungsträger wird in Österreich immer lauter. Wie beurteilen Sie diese Forderungen?

Schaffenrath: In den Diskussionen über die Fusion der Krankenkassen dreht es sich

leider meist nur ums Geld und um Positionen. Die Versicherten bzw. die Patienten kommen darin letztendlich gar nicht mehr vor. Festzuhalten ist auch, dass der Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand aller Sozialversicherungsträger nur 2,1 Prozent der Gesamteinnahmen beträgt. Zudem ist die Verwaltungskostenobergrenze mit 3 Prozent gedeckelt. Die Sozialversicherung hat also eine der schlanksten Verwaltungen überhaupt. Die Krankenkassen sehen die Versicherten und ihre Gesundheit im Mittelpunkt ihres Handelns und arbeiten gemeinsam mit Bund, Ländern, Sozialpartnern, Interessenvertretungen etc. an der Umsetzung der Gesundheitsreform. Außerdem werden zentrale Servicefunktionen wie etwa Dokumentations-, Rechtsschutz-, Forschungsangelegenheiten oder die Erlassung von verbindlichen Richtlinien für den IT-Bereich, die Verschreibung von Medikamenten, ökonomische Grundsätze in der Krankenbehandlung etc. schon jetzt beim Hauptverband der Sozialversicherungsträger konzentriert.

P: Wie berücksichtigt die Gesundheitsreform neue Krankheitsbilder oder Therapien, die durch Kassenleistungen abgedeckt werden?

Schaffenrath: Meines Erachtens sind chronische Erkrankungen eine der größten zukünftigen Herausforderungen unseres Gesundheitssystems. Heute finden wir zudem die Situation vor, dass Allgemeinmediziner hauptsächlich in kleinen Einzelpraxen tätig sind. Das ist mittelfristig arbeitsorganisatorisch und gesellschaftspolitisch eine nicht mehr ausreichende Organisationsform. Die Primärversorgung wird daher schrittweise in Zentren unter einem Dach – in ländlichen Regionen in Netzwerken, ohne Standorte aufzugeben – gebündelt. Dazu haben wir uns vonseiten der Sozialversicherung mit allen maßgeblich beteiligten Institutionen intensiv mit den Erwartungen und Wünschen der Ärzte und des ärztlichen Nachwuchses auseinandergesetzt und gemeinsam ein Primärversorgungskonzept ausgearbeitet. So soll Teamarbeit, auch mit anderen, nicht ärztlichen Gesundheitsberufen wie beispielsweise Pflegepersonal, Physiotherapeuten, Diätologen, im Vordergrund stehen. Durch die Verbindung dieser Teamarbeit mit einem neuen Honorierungsmodell sollen Ärzte künftig mehr Zeit für die Patienten zur Verfügung haben.

P: Die regionale Diversität ist bei der Primärversorgung in Österreich ein oft diskutierter Faktor. Wie berücksichtigt die Gesundheitsreform regionale Unterschiede in der Versorgung?

Schaffenrath: Das Konzept der Primärversorgung gibt den Rahmen für die Umsetzung auf regionaler Ebene vor, wobei es vor allem im Bereich der Organisation, Zentrum oder Netzwerk, und der Zusammensetzung des Teams in einer Primärversorgungseinrichtung regionale Unterschiede geben wird. Diese ergeben sich aus den verschiedenen regionalen Bedarfssituationen, welchen man gerecht werden muss.

P: Die bestehende Primary Care soll im Zuge der Gesundheitsreform in Primary Health Care umgewandelt werden. Welche Strukturen müssen hierzu geschaffen oder gestärkt werden?

Schaffenrath: Um von Primary Care zu Primary Health Care zu kommen, sind meines Erachtens vor allem zwei Punkte unverzichtbar: zum einen die stärkere Fokussierung auf die Gesundheitsförderung und Prävention und zum anderen die Stärkung der Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen. Dadurch soll auf der Primärversorgungsebene den Versicherten eine möglichst umfassende Versorgung angeboten werden. Ihnen soll es ermöglicht werden, ein längeres selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit zu führen.

P: Einer Untersuchung der GfK Sozial- und Organisationsforschung vom Juni 2014 zufolge erwarten nur elf Prozent der Befragten, dass durch die Reformmaßnahmen alles besser wird, und 17 Prozent wären nicht überrascht, wenn alles schlechter würde. Glauben Sie, dass die Österreicher wenig Vertrauen in die Reform haben, und wenn ja, warum ist das so?

Schaffenrath: Es ist zutiefst menschlich, dass Neuerungen zunächst kritisch betrachtet werden. Ich kann Ihnen aber versichern, dass keine Revolution zu befürchten ist, sondern sich die Gesundheitsreform vielmehr evolutionär entwickeln wird. Bevor in Österreich das E-Card-System eingeführt wurde, gab es große Skepsis. Im Jahr 2014 feierte die E-Card ihr zehnjähriges Bestehen und niemand kann sich mehr vorstellen, auf den zuverlässigen Schlüssel zum Gesundheitssystem zu verzichten. Seit der E-Card-Premiere im Dezember 2004 stehen die „Gesundheitskarte“ im praktischen Scheckkartenformat und das hochsichere E-Card-System rund um die Uhr für annähernd 8,5 Millionen Versicherte zur Verfügung. Was

heute selbstverständlich ist, war früher oft mühsam. Längst vorbei sind die Zeiten, als man sich für den Arztbesuch beim Dienstgeber oder bei der Krankenversicherung einen Krankenschein besorgen musste. Auch bei Urlaubsfahrten oder sonstigen Reisen benötigte man vor zehn Jahren noch Urlaubs- oder Auslandskrankenscheine. Und heute? In EU-Ländern genügt die E-Card, auf deren Rückseite sich die Europäische Krankenversicherungskarte befindet. ■

„Vor allem auf die Anstrengungen und Leistungen rund um die Gesundheitsreform darf die Sozialversicherung stolz zurückblicken.“

BioBox:

Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA wurde am 06. Juli 1973 in Hall in Tirol geboren. Er trat 1994 in den Landesdienst am LKH Innsbruck ein und war von 1994 bis 2001 Techniker für Narkose- und Beatmungsgeräte an der Univ.-Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin am LKH Innsbruck. Seit 2001 ist er als Statistiker mit Schwerpunkt Biostatistik tätig. Zudem ist er seit 1996 Mitglied des Betriebsrates am LKH Innsbruck und seit 2004 Mitglied des Zentralbetriebsrates der TILAK GmbH (Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH). Im Jahr 2002 übernahm er die Funktion als Kammerrat der Tiroler Arbeiterkammer und war ferner von 2012 bis 2013 Mitglied der Generalversammlung und des Vorstands der Tiroler Gebietskrankenkasse und seit 2013 stv. Vorsitzender des Verbandsvorstands im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Auch ist er seit 2012 ehrenamtlich als „Fachkundiger Laienrichter“ am Arbeits- und Sozialgericht (Oberlandesgericht OLG Innsbruck) tätig. Er ist verheiratet, Vater von zwei Kindern und lebt in Kematen in Tirol.



Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger



Burden of Rheumatoide Arthritis Regionalgespräch Tirol

Rheumatoide Arthritis (RA) ist keine „Alte-Leute-Krankheit“. Der erste Schub kann bereits in jungen Jahren erfolgen, wird jedoch oft nicht erkannt. Um das Bewusstsein für diese chronische Gelenkentzündung in der Bevölkerung zu schärfen, wurden Experten von Roche Austria zum „Burden-of-RA-Regionalgespräch“ eingeladen. Sie gaben einen Einblick in bestehende Angebote, Entwicklungen und Pläne zur Verbesserung der Patientenversorgung.

Von DI Anna-Lena Kollos

Rheumatoide Arthritis (RA) ist die häufigste und folgenschwerste entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankung. Sie betrifft in industrialisierten Ländern 0,3 bis ein Prozent der Bevölkerung. Ein Hauptmerkmal dieser Autoimmunerkrankung ist eine chronische Gelenkentzündung, die unbehandelt zur Zerstörung der betroffenen Gelenke führt. Schreitet die Gelenkzerstörung voran, kommt es zum Verlust von Selbstständigkeit bis hin zur Invalidität – alltägliche Dinge können nicht mehr verrichtet werden. Die RA beeinträchtigt aber nicht nur Alltag und Lebensqualität von Betroffenen und Angehörigen, sondern verursacht auch volkswirtschaftliche Belastungen im Sinne von Erwerbsunfähigkeit und Behandlungskosten.

In Österreich sind ca. 25.000 bis 83.000 Personen – vor allem Erwerbstätige in mittlerem Alter – von RA betroffen. Daher ist es neben der Sicherstellung der Finanzierung adäquater Therapiemöglichkeiten ebenso wichtig, das Bewusstsein für die volkswirtschaftlichen Aspekte dieser Erkrankung zu stärken. Dr. Anna Vavrovsky von der Academy for Value in Health verwies auf eine großangelegte internationale Studie, aus der klar hervorgeht, dass 15 Jahre nach Diagnosestellung nur noch jeder vierte Patient arbeitsfähig ist.

Um langfristige Gelenkschäden zu vermeiden, sind eine frühe Diagnose sowie eine rechtzeitige und effektive Behandlung notwendig. Dazu braucht es auch in Zukunft viel Know-how. Erfahrungen aus der klinischen Praxis sollten weiterhin gut mit Erkenntnissen aus Forschung und Entwicklung wie auch aus dem Bereich Public Health vernetzt werden. Das in den letzten beiden Jahren erarbeitete Expertenpapier „Burden of RA“ bietet eine umfangreiche Zusammenfassung des Themas und stellt einen wertvollen Input für weitere Gespräche dar.

Im September fand dazu das erste Regionalgespräch „Burden of RA“ in Tirol statt. Die Diskussion wurde eröffnet durch eine kurze Einführung von ao. Univ.-Prof. DDr. Manfred Herold, Past-President der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie (ÖGR) und Facharzt für Innere Medizin in Innsbruck. Weitere Teilnehmer waren der Rheumatologe Dr. Stephan Kroesen aus Hall in Tirol, ao. Univ.-Prof. Dr. Monika Lechleitner, ärztliche Direktorin des LKH Hochzirl, Dr. Momen Radi als Vertreter der Ärztekammer für Tirol (Vizepräsident), Dr. Johannes Schöch vom Land Tirol, Gruppe Gesundheit und Soziales, sowie Dr. Anna Vavrovsky, MSc, Managing Partner der Academy for Value in Health.

Die Diskussionsschwerpunkte waren die medizinische, soziale und ökonomische Relevanz der RA in Österreich und im Speziellen in Tirol. Der Austausch über Erfolgsmodelle für die Behandlung und Betreuung von Patienten mit RA lag ebenfalls im Fokus der Experten. „Die Medikamente sind inzwischen sehr gut. Wir sind in der Lage, Patienten in ein Stadium zu versetzen, in dem sie sich gesund fühlen. Die Zeit ist aber ein Faktor, gegen den wir kämpfen müssen“, betonte ao. Univ.-Prof. DDr. Herold. Des Weiteren wurden Optimierungsvorschläge im Bereich des Diagnose- und Therapieverlaufs erwähnt. So erklärte Dr. Vavrovsky, dass eine Differenzialdiagnose äußerst schwierig ist und einige Probleme mit sich bringt: „Ein praktischer Arzt sieht im Durchschnitt pro Jahr nur 0,4 Patienten mit RA. Bis eine konkrete Diagnose gestellt wird, können bereits irreversible Schäden entstehen, da der Betroffene zu diesem Zeitpunkt noch beschwerdefrei ist.“ In diesem Zusammenhang betonte auch Dr. Schöch die Wichtigkeit der Eigenverantwortung des Patienten: „Eine selbstkritische Betrachtung von Symptomen, die typisch für RA sind, wie

Nachtschmerz und Morgensteifigkeit länger als 30 Minuten, sollte Anstoß sein, zeitgerecht einen Arzt aufzusuchen.“ Es wurde auch aufgezeigt, dass speziell in Tirol eine flächendeckende Versorgung schwer zu erreichen ist. Dr. Kroesen erwähnte, dass die langwierige Ausbildung zum Rheumatologen, die von Antritt des Studiums bis hin zur fertigen Facharztausbildung 15 Jahre in Anspruch nimmt, mitunter problematisch ist. Die Länge der Ausbildung ist hinderlich, um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten.

Der Austausch über erfolgreiche Maßnahmen zur Versorgung, Verbesserungspotenziale sowie Wünsche für die Behandlung und Betreuung wurde von Univ.-Prof. Dr. Lechleitner angesprochen. Sie warnte vor einer schlechten Versorgung durch zu wenige Ärzte: „Wir leben in einer Zeit, in der ein gravierender Ärztemangel vorherrscht, der auch die künftige Versorgung eines hochdifferenzierten Krankheitsbildes erschwert. Unsere Aufgabe ist es, Engpässe im Gesundheitssystem zu vermeiden. Die Ballungsräume Tirols sind gut abgedeckt, in den ländlichen Gegenden jedoch sind kaum niedergelassene Rheumatologen zu finden.“ Dr. Radi betonte in diesem Zusammenhang: „Wichtig ist es, dass außerhalb der Ballungszentren neben den Allgemeinmedizinern, die primär die erste Anlaufstelle für die Patienten sind, auch die Fachärzte in ihren Strukturen unterstützt werden.“

Der Wunsch nach interdisziplinärer und bundesländerübergreifender Zusammenarbeit wird bei allen Diskutanten großgeschrieben. Ein regelmäßiges Aufgreifen des Themas soll auch helfen, das Bewusstsein für RA in der Bevölkerung zu steigern. ■



ao. Univ.-Prof. DDr. Manfred HEROLD/Past-President der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie (ÖGR), Facharzt für Innere Medizin



Dr. Momen RADI/Vizepräsident der Ärztekammer für Tirol



Dr. Stephan KROESEN/Rheumatologe



ao. Univ.-Prof. Dr. Monika LECHLEITNER/Ärztliche Direktorin des LKH Hochzirl



Dr. Johannes SCHÖCH/Land Tirol, Gruppe Gesundheit und Soziales



Dr. Anna VAVROVSKY/Managing Partner der Academy for Value in Health

Eingliederung in den Berufsalltag für Menschen mit psychischen Erkrankungen wichtig wie nie zuvor

Jeder vierte ist mindestens einmal im Leben von einer psychischen Erkrankung betroffen. Für viele geht damit ein dauerhafter Verlust des Arbeitsplatzes einher. Aktive Beschäftigungsverhältnisse und das Gefühl, weiterhin „gebraucht zu werden“, vermitteln Menschen in dieser schwierigen Situation eine Perspektive und einen geregelten Tagesablauf. Die zur Stadt Wien gehörende gemeinnützige Gesellschaft REiNTEGRA setzt sich seit über 30 Jahren für die berufliche Rehabilitation Betroffener ein und kann bereits auf eine Reihe erfolgreicher Inklusionsprojekte mit der Wirtschaft verweisen. Um diesen Brückenschlag zwischen Wirtschaft und Sozialwesen weiter zu intensivieren, hat REiNTEGRA in Kooperation mit der Industriellenvereinigung (IV) Wien eine „Inklusionsbroschüre für Unternehmen“ erstellt. Diese wurde im Herbst 2014 von Gesundheits- und Sozialstadträtin Sonja Wehsely und Wolfgang Hesoun, Präsident der IV Wien, gemeinsam mit Stefan Brinskele, Geschäftsführer von REiNTEGRA, präsentiert. Sie bietet einen Überblick über erfolgreiche Inklusionsprojekte, die gemeinsam mit in Wien ansässigen Unternehmen realisiert wurden.

Von Karin Schneck, BA



Mag. Stefan Brinskele & Manfred Rudolf Skoff, Geschäftsführer REiNTEGRA

Seit der Gründung im Jahr 1982 betreut REiNTEGRA psychisch erkrankte Menschen bei ihrem Neu- und Wiedereinstieg ins Berufsleben. Auftrag und Ziel der gemeinnützigen Gesellschaft ist es, diese bis zum erfolgreichen Neu- oder Wiedereinstieg in ein Beschäftigungsverhältnis und in den beruflichen Alltag zu begleiten. Im Mittelpunkt steht hier vor allem die langfristige Sicherung eines erfüllenden und sinnvollen Arbeitsplatzes. REiNTEGRA sieht sich als Ansprechpartner für sämtliche Herausforderungen der beruflichen Reintegration und möchte gemeinsam mit Unternehmen ein positives Umfeld für beide Seiten schaffen. Arbeit zu haben und einer regelmäßigen Beschäftigung nachzugehen, ist für jeden

Menschen Teil des Lebens und der persönlichen Identität. Doch wenn sich eine psychische Erkrankung bemerkbar macht, ist eine Teilnahme am Arbeits- und Erwerbsleben oftmals ganz oder über einen bestimmten Zeitraum hinweg ausgeschlossen. Eine psychische Erkrankung kann Gedächtnis, Merkfähigkeit, Ausdauer, Konzentration und Durchhaltevermögen beeinflussen. Gerade dadurch wird das Zusammenleben und Arbeiten mit anderen Menschen oftmals schwierig und erscheint den Betroffenen nahezu unmöglich. Zugleich aber haben sie den Wunsch, ihre erworbenen Fähigkeiten zu erhalten und zu trainieren, um sich eine spätere Wiedereinstiegsmöglichkeit ins Berufsleben offen zu halten.

Psychische Erkrankungen und deren Auswirkungen auf den beruflichen Alltag

In Europa und Nordamerika gehören psychische Krankheiten zu den führenden Ursachen der krankheitsbedingten Einschränkungen. Aus der WHO-Studie „Global Burden of Disease“ (2004, Update 2008) geht hervor, dass Einschränkungen und Behinderungen aufgrund psychischer Erkrankungen durchaus mit jenen durch körperliche Leiden vergleichbar sind. In den letzten beiden Jahrzehnten zeigten sich die Auswirkungen psychischer Krankheiten im Berufsleben immer deutlicher. So stieg seit Anfang der 90er-Jahre die Zahl der Krankenstandstage aufgrund psychischer Leiden, während im selben Zeitraum Krankenstandstage aufgrund körperlicher Ursachen

zurückgingen. Auch wenn psychische Erkrankungen dazu führen, dass die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, steht ein hoher Anteil der Betroffenen im Berufsleben. Nur bei einem kleinen Teil von ihnen verläuft die psychische Erkrankung chronisch. So klingt sie bei einem Drittel der schwer psychisch Kranken innerhalb von drei Jahren völlig ab und bei einem weiteren Drittel kommt es zu einer deutlichen Besserung der Symptomatik. Berufliche Rehabilitation gibt den Betroffenen die Möglichkeit, sich auch im Alltagsleben zu bewähren, und dient außerdem der Entwicklung und Festigung von Sozialkontakten. Mittlerweile ist statistisch belegt, dass berufliche

Rehabilitationsmaßnahmen das Risiko von Rückfällen vermindern können. Das wirkt sich auch indirekt auf Folgekosten im medizinischen Sektor positiv aus.

Brückenschlag zwischen Wirtschaft und Sozialwesen

REiNTEGRA entwickelt für Menschen mit einer längeren psychischen Krankheitsphase eine auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Tagesstruktur, um sich wieder auf den

Arbeitsmarkt vorbereiten zu können. In diesem Sinn versteht sich REiNTEGRA nicht als medizinisch-therapeutische Einrichtung, sondern als ein auf „Erwerb“ ausgerichtetes Berufsrehabilitationszentrum und ist einzigartig in ganz Österreich.

„Die Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen in die Arbeitswelt ist wichtig

wie nie zuvor. Arbeit zu haben und einer regelmäßigen Beschäftigung nachzugehen, ist für jeden Menschen Teil des Lebens und der persönlichen Identität. Für die Wiener Gesundheitspolitik ist es daher besonders bedeutsam, Menschen mit psychischen Erkrankungen eine auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Perspektive zu bieten. Ein aktiver Partner aus der Wirtschaft wie die Industriellenvereinigung Wien ist dabei essenziell. Die Inklusionsbroschüre bietet Unternehmen einen Leitfaden mit unterschiedlichen Kooperationsmodellen. Mit ihrer Bereitschaft, psychisch erkrankten Menschen Beschäftigungsmöglichkeiten zu geben, sorgen die Firmen dafür, dass die

So stieg seit Anfang der 90er-Jahre die Zahl der Krankenstandstage aufgrund psychischer Leiden, während im selben Zeitraum Krankenstandstage aufgrund körperlicher Ursachen zurückgingen.



v.l.n.r.: Mag. Stefan Brinskele, Geschäftsführer REiNTEGRA; Mag. Sonja Wehsely, Gesundheits- und Sozialstadträtin; Ing. Wolfgang Hesoun, Präsident Industriellenvereinigung Wien

Brücke zwischen Wirtschaft und Sozialwesen weiter ausgebaut wird“, erläutert dazu Stadträtin Wehsely.

Anhand konkreter Praxisbeispiele werden in der Broschüre vier Kooperationsmodelle vorgestellt. Sie zeigen die Möglichkeit des Insourcings (Arbeitskräfte von REiNTEGRA sind im jeweiligen Betrieb tätig), des Outsourcings (Fertigungsarbeiten werden in den Werkshallen von REiNTEGRA durchgeführt), des IT-Recyclings (Verwertung und Wiederverkauf von Hardware) und von Praktikumsplätzen auf. Dabei kommen sowohl Führungskräfte der jeweiligen Unternehmen als auch psychisch erkrankte Mitarbeiter zu Wort.

Stärkung für den Arbeits- und Wirtschaftsstandort Wien

IV-Wien-Präsident Hesoun betont die Wichtigkeit einer solchen Initiative für den Industriestandort Wien: „Als drittgrößter Produktionsstandort Österreichs beherbergt Wien über 8000 Unternehmen aus dem produzierenden Bereich mit gesamt rund 137.000 Beschäftigten, die inklusive ihrer gesamtwirtschaftlichen Effekte 26 Prozent der Wertschöpfung der Bundeshauptstadt erwirtschaften. Die produzierenden Unternehmen bieten daher eine besondere Vielfalt an Berufsmöglichkeiten, weshalb die IV Wien und ihre Mitglieder ideale potenzielle Partner für REiNTEGRA darstellen. Die Industrie trägt soziale Verantwortung, unter anderem zählt dazu auch die berufliche Reintegration psychisch erkrankter Menschen. Gelingen wird uns dies jedoch nur, indem wir gemeinsam Tabus brechen, Ängste nehmen und betroffenen Menschen Zuversicht für ihre Zukunft geben.“

Bisher bereits 29.000 Aufträge abgewickelt

„Dass acht von zehn der von REiNTEGRA betreuten psychisch erkrankten Arbeitnehmer eine Rückkehr ins Berufsleben wünschen, zeigt eine jährlich von der gemeinnützigen Gesellschaft durchgeführte Evaluationsstudie. „Die Motivation ist vorhanden, ein Großteil der Betroffenen will arbeiten. Daher haben wir für die Unternehmen Kooperationsmodelle entwickelt. Die klare Botschaft an die Wirtschaft ist, von diesen Angeboten und unserem Know-how in der beruflichen Rehabilitation Gebrauch zu machen“, so Brinskele. Dabei kann der REiNTEGRA-Geschäftsführer in diesem Zusammenhang auf Erfolgskennzahlen verweisen: So hat die Gesellschaft seit ihrem Bestehen rund 29.000 Aufträge für Unternehmen in den eigenen Werkstätten in Floridsdorf, Wien oder in den jeweiligen Betrieben abgewickelt. 2400 Kunden aus der Wirtschaft und dem öffentlichen Bereich haben bisher die Dienstleistungen genutzt. ■

Die Kooperationsmodelle im Überblick:

Insourcing

Bei der iSi GmbH arbeiten im Werk in Wien-Floridsdorf psychisch erkrankte Arbeitskräfte von REiNTEGRA in der Produktion Seite an Seite mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von iSi in der Herstellung und Verpackung von Fertiggeräten. Seit dem Start im Jahr 2007 wurde die Kooperation sukzessive ausgebaut. Heute stellen bei iSi 41 Arbeitskräfte von REiNTEGRA 300 unterschiedliche Artikel her. Unternehmen haben die Möglichkeit, in Kooperation mit REiNTEGRA ein solches Modell auch in ihrem Betrieb zu realisieren.

Outsourcing

Die Electropalast GmbH in Wien-Simmering vertraut bei der Leuchtenmontage seit über zehn Jahren auf REiNTEGRA. Bauteile für Beleuchtungskörper werden von psychisch Erkrankten in den Werkshallen der Gesellschaft montiert. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gruppe „Industrie-Handwerk“ bei REiNTEGRA leisten je nach Auftrag Montage-, Verpackungs-, Sortier- und Schlichtarbeiten.

IT-Recycling

Seit 2010 wird in der Wiener Niederlassung der gemeinnützigen Gesellschaft AfB Hardware recycelt und wiederverkauft. Dabei werden auch psychisch erkrankte und von REiNTEGRA betreute Menschen beschäftigt. Unternehmen können durch zur Verfügungstellung nicht mehr benötigter Hardware einen Beitrag leisten.

Praktika

Diese sind ein möglicher erster Schritt für psychisch erkrankte Menschen, um am Arbeitsmarkt wieder Fuß zu fassen. Die gemeinnützige Bau- und Wohnungsgenossenschaft Wien-Süd eGenmbH ist eines der ersten Unternehmen, die einen solchen Praktikumsplatz zur Verfügung gestellt haben.

Gesundheitswesen in Österreich: Wie reformwillig sind wir wirklich?

Von Maximilian Kunz, MAS, MBA

Am 9. Dezember 2014 erörterten namhafte Vertreter des heimischen Gesundheitswesens bei einer Podiumsdiskussion in der Wiener Urania die österreichische Reformwilligkeit im Gesundheitssystem. Anlass war der Rückblick auf „Zehn Jahre Erstattungskodex“, der am 1. Jänner 2005 erstmals veröffentlicht wurde und das bis dahin geltende Heilmittelverzeichnis ablöste. In diesem Rahmen wurde nicht nur aufgezeigt, in welchen Bereichen Österreich eine internationale Vorreiterrolle innehat, sondern auch, wo deutlicher Nachholbedarf besteht. Die Gesprächsrunde setzte sich aus Dr. Clemens Martin Auer vom Bundesministerium für Gesundheit, Dr. Karl Forstner von der Österreichischen Ärztekammer, Univ.-Prof. Dr. Markus Müller von der Medizinischen Universität Wien und Dr. Josef Probst vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammen und versuchte, unter der Moderation von Mag. Hanns Kratzer (PERI Group) einen umfassenden und aufschlussreichen Überblick über Österreichs Reformwilligkeit zu zeichnen. Dabei wurden nicht nur abgeschlossene Changeprojekte wie der Erstattungskodex, sondern auch laufende Projekte wie die elektronische Krankenakte (ELGA) und erst kürzlich begonnene wie der Zielsteuerungskatalog aufgegriffen. Gemeinsam wurden künftige Herausforderungen im Gesundheitssystem herausgearbeitet und mögliche Lösungsansätze skizziert. Einleitend wurde der Begriff der Reformwilligkeit als „planmäßige, gewaltlose und der fortschreitenden Entwicklung angepasste Umgestaltung und Verbesserung

gesellschaftlicher Teilbereiche im Rahmen einer Gesellschaftsordnung“ definiert. Diese Definition sollte im Anschluss – unter Berücksichtigung der genannten Changeprojekte – auf das österreichische Gesundheitswesen heruntergebrochen werden.

Eröffnet durch Dr. Clemens Martin Auer vom Bundesministerium für Gesundheit, wurde gleich zu Beginn die politische Perspektive hinsichtlich der österreichischen Reformfähigkeit dargelegt: „Der Steuerzahler bezahlt mich zur Erbringung einer Leistung und ich sehe meine Aufgabe im Changemanagement. Das heimische Gesundheitssystem ist etabliert und komplex. Folglich werden Änderungsprozesse bzw. Neuerungen wie etwa die Einführung des Erstattungskodex, der E-Card oder der elektronischen Krankenakte (ELGA) immer mit erheblichen Begleiterscheinungen einhergehen. Blickt man aber beispielsweise auf die Zielsteuerung, so sieht man ein gutes Beispiel dafür, wie man in Österreich Reformen angehen kann. In den Präambeln gemäß Artikel 15a der Vereinbarung zur Gesundheitsreform steht ein Offenbarungseid, der darauf beruht, auf Grundlage der komplexen Zuständigkeiten dennoch eine Reform zu vollziehen, diese vertraglich zu fixieren und die Teilnehmer (Bund, Länder und Sozialversicherungen) zu wechselseitigen Reformschritten zu verpflichten. Zweimal jährlich veröffentlichen wir einen Bericht dazu und prüfen, ob die Prinzipien der Wirkungsorientierung, die Verantwortlichkeiten und die Rechenschaftspflichten eingehalten wurden. Dieser komplexe Prozess bietet jedenfalls





Dr. Clemens Martin Auer



Univ.-Prof. Dr. Markus Müller



Dr. Karl Forstner



Dr. Josef Probst

eine Methode zur effektiven Überwindung von Reformunwilligkeit. In der Politik ist eine derartige Vorgehensweise keine Selbstverständlichkeit.“

Dass auch Verantwortungsbewusstsein, Kraft und Mut eine entscheidende Rolle bei Reformen spielen, ergänzte Dr. Josef Probst vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger:

„Klugerweise sollten sich Reformpartner zunächst gemeinsam auf ein attraktives magnetisches Zukunftsbild einigen. Für ein Gesundheitssystem geht es dabei um mehr Lebensjahre in Gesundheit für alle Menschen, um einen umfassenden Risikoschutz sowie um Patientenorientierung und Zufriedenheit der Bürger. Besondere Bedeutung hat auch das Thema Nachhaltigkeit. Wer politisch ein gut organisiertes öffentliches Gesundheitswesen verspricht, muss dies nachhaltig tun, d. h. das System muss für uns sowie für unsere Kinder und Enkel auch in Zukunft verfügbar sein. Die Menschen müssen sich darauf verlassen können. Und genau deswegen brauchen wir Reformen. In Österreich haben wir die Situation, dass wir in manchen Bereichen zunächst jahrelang administrieren, dann plötzlich reformieren, nur um anschließend erneut jahrelang bloße Administration zu betreiben. Die Etablierung eines – der modernen Gesellschaft entsprechenden – selbstadaptierenden Systems halte ich daher für unumgänglich. Österreich hat ein ausgezeichnetes Gesundheitssystem mit modernster Technologie und viel Ressourcen. Wir geben 11 Prozent des BIP für Gesundheit aus und haben weltweit die meisten Ärzte pro Einwohner. Dennoch ist Ärztemangel hierzulande punktuell ein Schlagwort. Wenn man es zusammenbringt mit der weltweit höchsten

Ärztequote, ist Reformbedarf evident. Unser Gesundheitssystem ist zu kleinteilig organisiert (Einzelpraxen), wir haben zu wenig diplomiertes Personal im Einsatz, zu viele Patienten im Spital (das ist ungesund) und kümmern uns zu wenig um patientenorientierte Betreuungsprozesse.“

Angesprochen auf das Phänomen des Gegensatzes von Ärztedichte und Ärztemangel, entgegnete man seitens der Ärztekammer, dass es immer dann problematisch werde, wenn sich Menschen in ihrer Arbeitswelt bedroht fühlen, und dass Ärzte zwar primär Verantwortung gegenüber dem Patienten, aber – hinsichtlich des nachhaltigen Funktionierens einer Gesellschaft – auch eine gesamtsoziale Verantwortung haben. „In Salzburg haben wir eine Arzneimittelvereinbarung mit unserer Sozialversicherung abgeschlossen. Hier ging es darum, der Ärzteschaft zu veranschaulichen, wie sich die Preissituation für bestimmte Medikamentengruppen darstellt. Herausforderung ist, nicht nur das kostengünstigste, sondern auch das – für den Patienten – richtige Medikament zu verschreiben. Nach einer bewegten Einführungsphase funktioniert diese Kooperation heute vorbildlich und der Ärzteschaft ist klar, dass unser Gesundheitssystem nicht überstrapaziert werden darf. Dennoch darf niemals auf den Anspruch, dem Patienten stets die bestmögliche Medikation zu verschreiben, verzichtet werden“, betonte Dr. Karl Forstner von der Österreichischen Ärztekammer.

Die Arbeitsbedingungen der heimischen

Ärzteschaft griff auch Univ.-Prof. Dr. Markus Müller auf. Er legte dar, dass Österreich im internationalen Vergleich ein Land mit überdurchschnittlich vielen Medizinstudenten sei, aber verhältnismäßig unattraktive Rahmenbedingungen für junge Ärzte biete. „Darüber hinaus haben wir eine überdurchschnittlich hohe Krankenhausedichte und die österreichischen Jugendlichen liegen beim Konsum von Alkohol und Ni-

kotin im internationalen Spitzenfeld. Als interessierter Beobachter unseres Gesundheitssystems gilt es, diese Atypien zu hinterfragen. Insbesondere wenn man deren langfristige Auswirkungen auf das System und den Leistungsanspruch künftiger Generationen bedenkt. Geht es um die Reformwilligkeit, so denke ich an das aktuelle Eurobarometer, das erst kürzlich veröffentlicht worden ist. Aus diesem ist klar erkennbar, dass Öster-

reich bei nahezu allen Fragen mit Innovation- und Reformbezug schlecht abschneidet. Ein österreichischer Mind-Set für Reformwilligkeit ist also offensichtlich nicht gegeben. Dennoch gibt es einzelne Erfolge: Der Erstattungskodex hat in den letzten zehn Jahren die Generikaquote auf ein international vertretbares Niveau angehoben. Auch hat sich der österreichische Ansatz der Arzneimittelersatzung international durchgesetzt, wie etwa zuletzt auch in Deutschland mit dem Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG)“, gab sich Univ.-Prof. Dr. Markus Müller zuversichtlich.

Fazit ist, dass das österreichische Gesund-

heitssystem zu den besten der Welt gehört. In Zukunft wird es also eine immer größere Herausforderung sein, diesen Status aufrechtzuerhalten. Darüber, dass ein solches System mit einem erheblichen bürokratischen Aufwand verbunden ist, herrschte Einigkeit. „Klar ist, dass wir unser Leistungsniveau langfristig aufrecht halten und verbessern wollen. Dazu müssen wir unsere Kräfte bündeln, denn Österreich und die westliche Welt haben sich in den letzten Jahren stark verändert. So finden sich in den Staatsbudgets etwa viele Milliarden zur Bankenrettung. Diese Belastungen und Begehrlichkeiten müssen zurückgedrängt werden, damit nicht Gesundheits- und Sozialbudgets unter Druck geraten“, so Dr. Josef Probst vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. „Schauen Sie sich in der Welt um. In all jenen Ländern, in denen man radikal in das Gesundheitssystem eingegriffen hat, wäre es anderenfalls zusammengebrochen. Ein entwickeltes System, wie wir es haben, tut sich mit Reformen manchmal schwer. Dennoch beneidet man uns in Deutschland bis heute um die reibungslose Einführung der E-Card. Fähigkeit und Wille zur Reform sind in Österreich grundsätzlich vorhanden“, schloss Dr. Clemens Martin Auer vom Bundesministerium für Gesundheit. ■

PERI GROUP

Federführend im Bereich der Chirurgie

Die Chirurgie umfasst ein reichhaltiges Spektrum von Erkrankungen. Nicht nur Prävention, Diagnose und operative Behandlung fallen in den Bereich der Chirurgie, sondern auch Nachsorge und Rehabilitation. In Österreich praktizieren derzeit 1668 Ärzte im Fachgebiet der Chirurgie. Das PERISKOP sprach mit Prim. Univ.-Prof. Dr. Albert Tuchmann, Facharzt für Chirurgie und Generalsekretär der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC), über die Faszination des Berufs „Chirurg“ sowie über aktuelle Entwicklungen der Chirurgie.

Von Karin Schneck, BA



P: Warum haben Sie sich für das Fach Chirurgie entschieden und welche Voraussetzungen sollten junge Menschen für diesen Beruf mitbringen?

Tuchmann: Das Faszinierende an der Chirurgie war für mich die Tatsache, dass man mithilfe seiner Hände Menschen behandeln kann und auch die Erfolge des eigenen Wirkens unmittelbar sieht. Chirurgie ist unter anderem ein Handwerk, das gewisse Eigenschaften abverlangt. In seinen Entscheidungen muss der Chirurg einerseits couragiert handeln, andererseits überlegt, diszipliniert, aufgeschlossen und vor allem schonungslos selbstkritisch sein. Die Chirurgie ist ein Fach mit einer ungemeinen Vielfalt, das sich durch die Etablierung neuer Forschungsergebnisse und technischer Innovationen rasch weiterentwickelt. Das ehemalige Fachgebiet Chirurgie teilt sich zunehmend in verschiedene Spezialisierungen. Die Methodenvielfalt der scheinbar einfachen Eingriffe (z. B. Leistenbrüche, Hämorrhoiden oder Krampfadern) ist bereits jetzt groß und daher spezialisiert.

P: Wie würden Sie das Berufsbild des Chirurgen definieren und was sind für Sie als Generalsekretär der ÖGC die Hauptanliegen?

Tuchmann: Eines unserer wesentlichen Anliegen ist, dass Chirurgen in ihrem Fachbereich als eigenständige Ärzte wahrgenommen werden und nicht nur als Erfüllungsgehilfen im Behandlungsverlauf. Denn Chirurgen sind durch ihr umfangreiches Wissen in ihrem Fachbereich federführend bei der Betreuung von Patienten. Es gibt sogenannte chirurgische Erkrankungen wie Gallensteine oder Leistenbrüche, aber auch Hochrisikochirurgie wie Speiseröhren-, Leber- oder Bauchspeicheldrüsenoperationen, die ihrerseits interdisziplinär behandelt werden müssen. Die Chirurgie muss als fester Bestandteil in die Therapie einbezogen werden, so wie es bereits bei Tumorboards der Fall ist. Der Patient soll wissen, dass der Chirurg als erster Ansprechpartner in Frage kommt.

2015 wird ein spannendes Jahr für den Gesundheitsbereich und die Medizin. Durch die neue Weiterbildungsordnung, die ab Mitte 2015 greifen wird, ändern sich viele Begrifflichkeiten, die auch in der Öffent-

lichkeit ein gewisses Umdenken erfordern werden. Der Turnusarzt wird dann „Arzt in Weiterbildung“ heißen. Die Ausbildung bezeichnet nur mehr das universitäre Studium (fünf Jahre und ein klinisch-praktisches Jahr). Durch die geänderte Weiterbildungsordnung ist eines unserer konkreten Anliegen erfüllt, weil durch den Wegfall der Gegenfächer die Weiterbildungszeit im Fach Chirurgie netto 5 ¼ Jahre beträgt. Vor diesen 5 ¼ Jahren haben die Ärzte in der Weiterbildung eine gemeinsame Basisausbildung von neun Monaten (für alle Sonderfächer und den Facharzt für Allgemeinmedizin gleich), die unmittelbar auf das Medizinstudium folgt.

Im Zusammenhang mit der europaweiten Arbeitszeitregelung wird es aber eingeschränkt möglich sein, jungen Ärzten entsprechende Fachkenntnisse zu vermitteln. Das ist ein offenes Problem, für das wir noch keine konkreten Lösungsvorschläge haben. Allerdings könnte ein Teil der Spitalsausbildung durch Simulationszentren oder E-Learning-Plattformen ausgelagert werden.

P: Wie würden Sie das österreichische Gesundheitssystem und insbesondere das Fach der Chirurgie im internationalen Vergleich bewerten?

Tuchmann: Die Grundversorgung ist immer noch sehr gut und vor allem für alle in Österreich lebenden Menschen erhältlich. Das betrifft sowohl einfache chirurgische Leiden (z. B. Galle, Leistenbrüche, Akutoperationen) als auch Hochrisikochirurgie

PRIM. UNIV.-PROF. DR.
ALBERT TUCHMANN
Generalsekretär der Österreichischen
Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC)

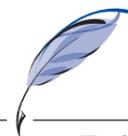
(Speiseröhre, Leber, Bauchspeicheldrüse, Transplantation) mit komplexer Diagnostik und multimodaler Therapie (MR, Chemotherapie, Strahlentherapie). In der Weiterbildung haben wir noch Nachholbedarf in Form von Operationskursen, interaktiven Lernplattformen mit Self-Assessments, Simulationssystemen, Social Media, etc. Ein wesentliches Instrument der Qualitätssicherung der Chirurgie ist nicht nur die persönliche Präsenz an der chirurgischen Abteilung, sondern auch die direkte Einflussnahme auf Entscheidungsträger im Gesundheitssystem, um Rahmenbedingungen neu zu definieren.

P: Wie sehen die Trends im Gesundheitswesen für den Fachbereich der Chirurgie aus?

Tuchmann: Die Reduktion der Arbeitszeit bedeutet auch weniger Zeit für die Vermittlung von Fachkenntnissen, die aber für die Ausbildung von jungen Chirurgen wesentlich ist. Die ÖGC entwickelt gemeinsam mit dem Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC) laufend neue Fortbildungsveranstaltungen im extramuralen Bereich, die für eine ständige Wissensvermehrung und -austausch sorgen. Durch die Miteinbeziehung von Social Media begeben wir uns auf neue Wege in der Fortbildung. Aber das wird natürlich Geld kosten und auch einiges an Zeit in Anspruch nehmen, bis die ersten Erfolge sichtbar werden. ■

BioBox:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Albert Tuchmann wurde am 5. Oktober 1949 in Wien geboren. Er promovierte 1973 an der Universität Wien. Von 1973 bis 1980 absolvierte er seine Fachausbildung als Chirurg an der 1. Chirurgischen Universitätsklinik in Wien, davon ein Jahr als Assistent an der Chirurgischen Abteilung des A.Ö. Krankenhauses in Amstetten. 1981-1991 als Facharzt für Chirurgie und Oberarzt an der 1. Chirurgischen Abteilung der Krankenanstalt Rudolfstiftung Wien. 1985 habilitierte er zum Universitätsdozenten für Chirurgie und bekam 1990 den Titel eines a. o. Universitätsprofessors verliehen. Seit 1991 ist er Vorstand der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Floridsdorf der Stadt Wien. Er ist Generalsekretär der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie und Gouverneur der österreich-ungarischen Sektion des American College of Surgeons (ACS).



Mit spitzer Feder

Kolumne

Ab März 2015 wird die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC) / Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC) in der Kolumne „Mit spitzer Feder“ regelmäßig über aktuelle Themen, Anliegen und Perspektiven aus dem Bereich der Chirurgie berichten.

Zehn Jahre Erstattungskodex

Vor genau zehn Jahren, am 1. Jänner 2005, wurde erstmals der Erstattungskodex (EKO) veröffentlicht. Damit wurde das zuvor bestehende Heilmittelverzeichnis (HMV) samt der Sonderliste abgelöst. Grund genug für einen Rückblick auf dieses gravierende Reformvorhaben: Welche der damals angestrebten Ziele wurden erreicht, wo besteht Verbesserungsbedarf? Wie bewerten führende Vertreter der sozialen Krankenversicherung den EKO und die Prozesse rund um die Erstattung von Arzneimitteln?

Von Mag. Hanns Kratzer

Ausgangspunkt: Steigerungsraten bei Schwarzpunktprodukten, Urteile des EuGH

Bis 2004 hat der Hauptverband von pharmazeutischen Unternehmen einlangende „Anträge“ auf Aufnahme in das HMV – die im Wesentlichen bloß aus einer Studienzusammenstellung und wenigen Basisunterlagen bestanden – dem so genannten „Kleinen Fachbeirat“ vorgelegt und sich dort in einem höchst informellen Verfahren die Aufnahme oder Ablehnung empfehlen lassen. Konnte keine Einigung mit dem Anbieter erzielt werden, so wurde der „Große Fachbeirat“ eingeschaltet, eine unabhängige Revision dieser Entscheidungen war nicht vorgesehen. Änderungen des HMV erfolgten quartalsweise, die Rechtsqualität der Entscheidungen des Hauptverbands als Bescheid oder bloße Information blieb umstritten.

Im Jahr 2003 haben im Wesentlichen zwei Aspekte dazu geführt, das seit 1997 bestehende System der Erstattung über das HMV zu reformieren: Zum einen lag ein verurteilendes Erkenntnis des Europäischen Gerichtshofs vor, demzufolge die Republik eine unabhängige Rechtsmittelinstanz gegen Entscheidungen des Hauptverbands einzurichten hatte. Aber auch aus ökonomischer Sicht bestand Handlungsbedarf: Während die Preiskontrolle durch die Verhandlungen zur Aufnahme in das HMV gut funktionierte, verursachten die außerhalb eingesetzten chefarztpflichtigen Produkte, auch „Schwarzpunktpräparate“ genannt, deutlich höhere Ausgabensteigerungen.

In einem Zwischenschritt wurde das Aufnahmeverfahren durch Erlassung einer Verfahrensordnung (VO-HMV) stärker formalisiert, den Ausgabensteigerungen außerhalb des HMV wurde durch Schaffung einer Heilmittel-Sonderliste begegnet. Zweck dieser Sonderliste war es einerseits, auch im chefarztpflichtigen Bereich eine gewisse Preiskontrolle auszuüben, andererseits sollten auch die Kriterien für die einzeln erteilten Bewilligungen bzw. Ablehnungen harmonisiert werden. Beide Instrumente, VO-HMV und Sonderliste, wurden nach nur kurzer Anwendung im Jahr 2005 vom neuen Erstattungssystem abgelöst.

Politische Zielsetzungen und Vereinbarungen

Handlungsbedarf war also mehrfach gegeben. Am 10. November 2003 wurde von Gesundheitsministerin Maria Rauch-Kallat, Dr. Josef Probst seitens des Hauptverbands und Dr. Eberhard Pirich als WKO-Vertreter eine Vereinbarung unterzeichnet, nach der das HMV durch einen Erstattungscodex (sic!) zu ersetzen war. Schon damals wurde in den Zielsetzungen festgehalten, dass sich die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung an ihren Einnahmen orientieren sollten – ein Vorgriff auf die aktuelle Gesundheitsreform. Arzneimittel sollten einer umfassenden medizinischen, gesundheitsökonomischen und volkswirtschaftlichen Bewertung unterzogen werden, um die jährlichen Ausgabensteigerungen im Bereich der Arzneimittel durchschnittlich zwischen drei und vier Prozent zu stabilisieren.

In dieser Vereinbarung wurde das Boxensystem festgehalten, bestehend aus der Red Box (Antragsverfahren, zeitlich befristet), Yellow Box (medizinische Bewilligung) und Green Box (freie Verschreibung).

Doch auch weitere wesentliche Kennzeichen der heutigen Arzneimittelersatzung in Österreich sind auf die damalige Vereinbarung zurückzuführen: Der bis dahin übliche Weg der „Chefarztpflicht“, bei der sich die Patienten eine Rezeptverschreibung bei der Kasse bewilligen lassen mussten, entfällt. Somit war die Basis für das ABS gelegt, heute entfallen für die Versicherten zehntausende persönliche Wege zu den Krankenkassen.

Auch das heute bestehende System der Generika-Preisbildung wurde in dieser Vereinbarung definiert, insbesondere die europaweit einzigartige Verpflichtung für den Originalanbieter zur Senkung auf Generika-Niveau.

Neu geschaffen wurden auch die Heilmittel-Evaluierungs-Kommission (HEK), welche den Fachbeirat abgelöst hat und in der die Sozialversicherung gleich viele Vertreter stellt wie alle anderen Institutionen, und die mittlerweile wieder aufgelöste Unabhängige Heilmittelkommission (UHK), die zur Revision von Entscheidungen des Hauptverbands angerufen werden konnte. Mit einer Rabattvereinbarung in der Höhe von zwei Prozent wurde der Grundstein für den noch heute in Geltung stehenden Rahmen-Pharmavertrag geschaffen.

Bewertung und Ausblick

Vonseiten der Sozialversicherung wird der EKO überwiegend positiv bewertet; insbesondere die neu geschaffene Transparenz in Erstattungsverfahren und der wissenschaftliche Austausch in der HEK werden als versorgungspolitisch zielführend betrachtet. Noch kaum Erfahrungen bestehen mit der seit Anfang 2014 gegebenen Zuständigkeit des Bundes-Verwaltungsgerichts (BVwG) zur Überprüfung von Erstattungsentscheidungen des Hauptverbands. Auch daneben stehen einige neue Herausforderungen an:

Wie vor über zehn Jahren befinden sich auch heute wieder einige Produkte in der No Box, die eigentlich als für die Flächenversorgung relevant im EKO angeführt sein sollten. Die Gründe dafür können verschiedenartig sein; insbesondere der ökonomische Vergleich mit Generika oder sogar mit magistralen Zubereitungen macht es den Anbietern neuer Produkte oft unmöglich, die Preisvorgaben des Hauptverbands zu erfüllen. Bei gegebenem medizinischen Bedarf bleibt dann nur die Möglichkeit der einzeln bewilligten Erstattung außerhalb des EKO („Schwarzpunktprodukte neu“); je rigider die Aufnahme in den EKO gehandhabt wird, umso ausgeprägter ist das Wachstum außerhalb des EKO.

Klar sind auch die Nachteile der No Box: keinerlei Preiskontrolle auch im europäischen Kontext, keine verbindliche Generika-Preisregelung nach Patentablauf, administrativer Aufwand sowie zwischen den Kassen uneinheitliche Bewilligungsmuster sind beschwerlich für Kassen wie Patienten.

Ein weiteres offenes Problem ist die Preisbildung für biotechnologisch hergestellte Nachfolgeprodukte (so genannte „Biosimilars“). Einem aktuellen Positionspapier vom Oktober 2014 zufolge (Samonigg et al.: Intrinsic Activity, 2014; 2(1):e4) liegt der Entwicklungsaufwand für ein Biosimilar etwa ein Viertel unter dem des Originalprodukts und wäre unter den bestehenden Generika-Preisbildungsregeln damit nicht abbildbar. ■



Univ.-Prof. Dr. Markus MÜLLER,
Medizinische Universität Wien

„Die Qualität der eingereichten Dossiers ist durch den EKO deutlich gestiegen, die präsentierten Daten sind patientenrelevanter. Dennoch stößt die ökonomische Bewertbarkeit im Vergleich zu Therapiealternativen an Grenzen, oftmals auch wegen fehlender Head-to-Head-Daten.“



Dr. Michaela STITZ, GKK Niederösterreich

„Das Ampelprinzip und die Richtlinien zur ökonomischen Verschreibeweise gelten auch bei der Anwendung des EKO. Das Konzept hat sich bewährt, es besteht allenfalls punktueller Anpassungsbedarf, z. B. bezüglich einer Entrümpelung von Produkten mit schwacher Evidenz im grünen Bereich.“



MR Dr. Walter GRUNT, PLLM, GKK Oberösterreich

„In Bereichen, in denen die Preissituation mit dem EKO nicht in den Griff zu bekommen ist, muss über neue Ansätze nachgedacht werden, etwa die Erstattung von Kosten pro Fall oder gesetzliche Preisregelungen.“



Prim. Prof. Mag. DDr. Reinhard MAREK, GKK Wien

„Mit dem Arzneimittel-Bewilligungs-Service (ABS) kann die WGKK ihren Versicherten täglich bis zu 2500 Bewilligungsansuchen ersparen. Nicht nachvollziehbare Preisgestaltung, aktuell im Bereich der Hepatitis C, stellt die finanzielle Leistungsfähigkeit der sozialen Krankenversicherung auf eine harte Probe.“



Dr. Peter GRÜNER, GKK Salzburg

„Der Ansatz einer einnahmenorientierten Ausgaben-gestaltung war vor zehn Jahren noch geradezu visionär und wurde mit der Gesundheitsreform aufgegriffen. Der EKO sollte möglichst alle ärztlichen Bereiche durchfluten, auch im Krankenhaus-Setting; EKO2GO ist hier ein innovativer Ansatz.“



Dr. Siegfried PREINDL, GKK Tirol

„Über die HEK können sich auch die Kassen in eine hochwissenschaftliche Diskussion einbringen und ihr Vorgehen bundesweit abstimmen. Biosimilars werden in den nächsten Jahren stark an Bedeutung gewinnen, hier besteht dringender Handlungsbedarf.“



Dr. Erich RIGGER, MPH, GKK Vorarlberg

„Der EKO ist ein wertvolles Werkzeug für die tägliche Arbeit. Er gibt Patienten, Ärzten und Kassen Sicherheit, dass die medizinische Qualität und Ökonomie durch die HEK geprüften Medikamente sehr gut ist.“

Was sich Patienten wirklich wünschen: mehr Transparenz und qualitätsvolle Information

Dass den Österreichern ihre Gesundheit ein wichtiges Anliegen ist, erkennt man einerseits an der vermehrten Inanspruchnahme von Wahlärzten und andererseits am Boomen von Gesundheits-Apps. 2012 wurden hierzulande insgesamt 34 Milliarden Euro für die Gesundheit ausgegeben, das sind 11,1 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Doch gerade im Bereich der Gesundheitsversorgung gibt es viele Strukturen, die durch die Zusammenarbeit von Stakeholdern verbessert werden könnten. „Gesundheit 2020 – Der Patient im Mittelpunkt“ ist eine Initiative der Wirtschaftskammer Österreich (WKO), der Arbeiterkammer Niederösterreich (AKNÖ) sowie der Patienten-anwaltschaft, um neue und patientenorientierte Lösungsansätze für die Zukunft zu erarbeiten.

Von Karin Schneck, BA

Ist ein Mensch in Österreich mit einem gesundheitlichen Problem konfrontiert, steht ihm ein vielfältiges Angebot zur Verfügung. Aber oft sind Patienten ratlos und wissen nicht, wohin sie sich wenden können. Im heimischen Gesundheitssystem wird viel nebeneinander und wenig miteinander gearbeitet, was oft zulasten der Patienten geht. Es entstehen höhere Kosten durch Doppelverschreibungen oder es kommt zu mehrfachen Untersuchungen ohne diagnostischen Mehrwert. Der Patient benötigt genügend klare Informationen über mögliche Anlaufstellen, Therapien und Präventionsangebote. Daher haben WKO, AKNÖ und Patienten-anwaltschaft letztes Jahr ein Konzept entwickelt, das den Patienten in allen Bereichen konsequent in den Mittelpunkt stellt, und zwar in folgenden Handlungsfeldern: mehr gesunde Lebensjahre, Eigenverantwortung und Gesundheitskompetenz, Nachhaltigkeit, Zugang zum Gesundheitssystem, bestmögliche Qualität sowie Information und Transparenz. Zu letztgenanntem Punkt wurden im September die Schwerpunkte vorgestellt, nicht zuletzt auch anhand von gut funktionierenden Beispielen aus anderen Ländern.

Der informierte Patient

Fast 50 Prozent aller Österreicher suchen bei Beschwerden im Internet nach möglichen Ursachen von Symptomen, bevor sie ihren Hausarzt befragen. Das Internet ist somit eine der wichtigsten Erstanlaufstellen geworden. Dabei sollten Patienten aber nicht auf willkürliche Informationen angewiesen sein. Es braucht ein umfassendes Patientenportal, das Betroffenen ausführliche Informationen zur Verfügung stellt. Ein interaktives, umfassend informierendes und sachlich fundiertes Patienteninformationsportal fehlt in Österreich. Es ist aber für den Patienten unerlässlich, sich im heimischen Gesundheitssystem zurechtzufinden. Die Seite www.gesundheit.gv.at ist zwar ein Ansatz dazu, aber kaum bekannt. Dort findet der Patient Informationen über ein gesundes Leben, Krankheiten, Diagnose- und Behandlungsmethoden sowie Aufklärung über den Aufbau und die Struktur des Gesundheitswesens. „Das Problem des richtigen Ansprechpartners für die richtigen

Beschwerden ist damit aber noch lange nicht gelöst“, so Dr. Martin Gleitsmann, Leiter der Abteilung für Sozialpolitik und Gesundheit der WKO. Dabei sind nicht nur die inhaltliche Gestaltung und die Überprüfbarkeit der Informationen eine Herausforderung, sondern auch der technische Aspekt. Gerade in der Gesundheitsversorgung gibt es immer wieder strukturelle und räumliche Defizite. „Der Ausbau von Breitband, besonders im ländlichen Raum, darf auch in Hinblick auf Online-Services im Gesundheitsbereich nicht vergessen werden“, lautet der Appell von Dr. Bernhard Rupp, Leiter der Abteilung Gesundheitswesen der AKNÖ.

Ein Schritt in die Zukunft: telefon- und webbasierte Erstberatungsservices (TEWEB)

Im konkreten Fall wissen Patienten oft nicht, ob sie überhaupt zum Arzt gehen sollen oder wohin sie sich wenden können. Ihre Fragen sollten individuell beantwortet werden können, um jeden von ihnen auf den richtigen Weg durch das Gesundheitssystem zu leiten. Im Zuge der Gesundheitsreform wird als wichtiger erster Schritt bereits an der Erreichung eines telefon- und webbasierten Erstberatungsservice (TEWEB) gearbeitet. Der niederösterreichische Patienten- und Pflegeanwalt Dr. Gerald Bachinger dazu: „Wichtig bei TEWEB ist insbesondere die Mehrsprachigkeit, um bei Menschen mit Migrationshintergrund Missverständnisse zu vermeiden, die zu falschen Empfehlungen führen würden. Diese Kontaktstellen müssen rund um die Uhr telefon- und webbasiert zur Verfügung stehen und sind eine notwendige Ergänzung für das beschlossene Primärversorgungskonzept. Das protokollierte und expertengestützte Abfragesystem sollte vom Bodensee bis zum Neusiedler See inhaltlich gleich ausgestaltet sein. Es sollte keinesfalls neun verschiedene Systeme geben.“ Doch es benötigt viel Erfahrung und Einfühlungsvermögen, um Patienten aus der



u.l.n.r.: Dr. Gerald BACHINGER, Dr. Bernhard RUPP, Dr. Martin GLEITSMANN

Ferne gesundheitliche Ratschläge geben zu können. Geeignete Ansprechpartner wären Gesundheits- und Pflegepersonal wie auch Personen, die zwar jahrelange Erfahrung haben, aber aus körperlichen Gründen diesen Beruf nicht mehr aktiv ausüben können.

Die Kommunikation mit dem Patienten

Wichtige Informationsquelle ist das Gespräch zwischen Gesundheitsdienstleistern und Patienten. Eine der konkreten Forderungen ist die Weiterentwicklung der kommunikativen Kompetenzen innerhalb der Ärzteausbildung. Zukünftig sollen Mediziner speziell dafür geschult werden, Diagnosen, Hintergründe und Handlungsanleitungen einfach und klar zu kommunizieren. Analog soll das mit einer Adaptierung der Ausbildung aller anderen Gesundheitsdienstleister einhergehen. „Die Kommunikation zwischen Gesundheitsdienstleistern und Patienten muss klar und verständlich sein. Gesundheitsdienstleister, insbesondere auch Ärzte, sollten in der Lage sein, mit Patienten so zu kommunizieren, dass diese die Diagnose und weitere Handlungsanleitungen auch verstehen“, so Bernhard Rupp.

Transparenz zugunsten des Patienten

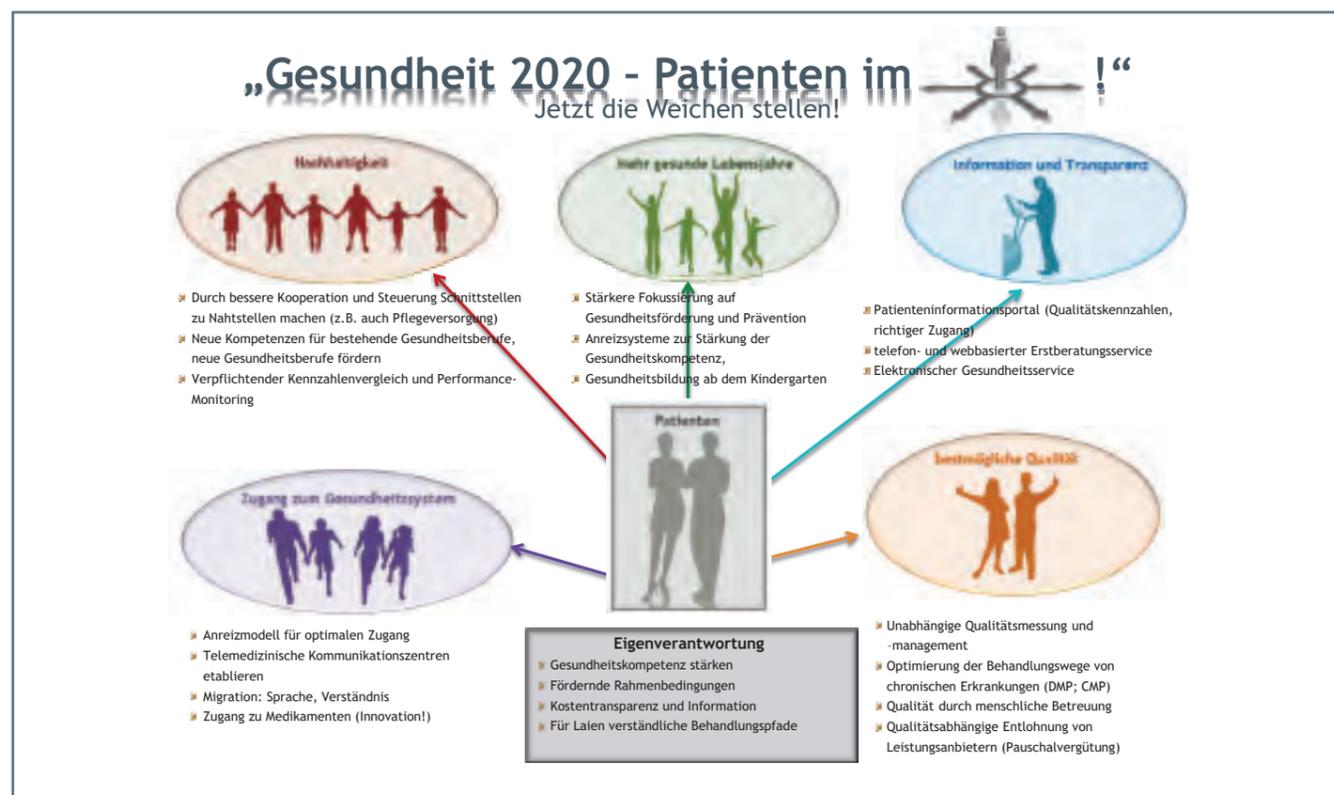
Im österreichischen Gesundheitssystem gibt es zahlreiche Akteure. Es herrscht vielfach ein „Nebeneinander“ statt ein „Miteinander“ – zulasten des Patienten und mit erheblichen Ineffizienzen, aber auch Gefahren. Bei Verschreibung mehrerer Medikamente durch unterschiedliche Personen können durch Wechselwirkungen gesundheitliche Probleme,

ja sogar schwerwiegende Schädigungen bis hin zu Todesfällen entstehen. Um ein mehr an Transparenz und die notwendige Vernetzung aller Akteure sicherzustellen, fordert die Initiative die rasche Implementation der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) samt E-Medikation. „In der Diskussion um die ELGA werden die Vorteile wie die künftige Vernetzung der Gesundheitsdienstleister und die positiven Aspekte für den Patienten kaum erwähnt. Diese Transparenz ist ganz zentral für verbesserte Qualität im Gesundheitswesen und eine Voraussetzung für die Gesundheitsreform. Nur wenn die Behandler Zugriff auf die Vorgeschichte und die aktuellen Befunde haben, kann die Behandlung qualitativ sein“, so Martin Gleitsmann.

Patientenzufriedenheit und Ergebnisqualität

Bei der Suche nach dem richtigen Angebot im Gesundheitssystem spielt Qualität eine große Rolle. Gerald Bachinger: „Gute Qualität kostet viel Geld, schlechte Qualität kostet noch viel mehr Geld! Vor allem dürfen Patienten berechnete Fragen stellen und bei der Wahl eines Arztes oder Krankenhauses nicht alleine gelassen werden.“ ■

Weitere Informationen und Presseunterlagen finden Sie auf www.wirmachengesundheit.at



Quelle: WKO

Die unruhigen Beine – Restless-Legs-Syndrom

Das Restless-Legs-Syndrom (RLS) ist eine neurologische Erkrankung mit schwer zu beschreibenden Missempfindungen, quälender Unruhe oder Kribbeln in den Beinen, seltener auch in den Armen. Für Außenstehende ist es nicht nachvollziehbar, welches Krankheitsbild bzw. welcher Leidensdruck sich hinter dieser Bezeichnung verbirgt. Die Beschwerden treten auf, wenn der Körper zur Ruhe kommt, und erst durch Bewegung gehen sie zurück. Durch den ständigen Schlafmangel fühlen sich Betroffene immer müde und zermürbt, und das kann zu körperlicher und seelischer Erschöpfung führen. Zwangsläufig ist damit eine chronische Beeinträchtigung vieler Lebensbereiche verbunden. Waltraud Duven, Präsidentin des RLS-Dachverbands in Österreich, sprach im PERISKOP-Interview über ihren Weg zur Diagnose und ihre Ziele für den RLS-Dachverband.

Von Karin Schneck, BA

„Eine schreckliche Zeit, die ich mir nicht mehr vorstellen möchte.“

P: In Österreich erfüllen rund zehn Prozent der Bevölkerung die Kriterien für einen RLS-Befund. Wie lange war Ihr Weg von den ersten Symptomen bis zur endgültigen Diagnose?

Duven: Vor 24 Jahren traten die ersten Symptome auf. Bevor ich meine endgültige Diagnose und eine entsprechende medikamentöse Therapie verordnet bekam, konnte ich acht Jahre lang nicht durchschlafen. Damals lebte ich mit meiner Familie in München und ein guter Freund, ein Allgemeinmediziner, hat mich aufgrund meiner geschilderten Symptome zu einem Orthopäden geschickt. Die Beschwerden und Schmerzen in den Beinen wurden allerdings nicht besser. Die Informationen rund um das Krankheitsbild waren sehr spärlich, erst durch einen Artikel in einem Frauenmagazin zum Thema Restless Legs bin ich konkret auf diese Krankheit aufmerksam geworden. Ich hatte das große Glück, dass ich damals zu einem sehr guten Neurologen in München in Behandlung kam, der mich richtig diagnostiziert hat.

P: Während das sekundäre RLS nach der Behandlung in der Regel verschwindet, handelt es sich beim primären RLS um eine fortschreitende Erkrankung. Bei dieser nehmen die Beschwerden im Laufe der Jahre zu. Von welcher Form sind Sie betroffen?

Duven: Ich bin vom primären RLS betroffen, d. h. von der idiopathischen Form. Obwohl es nicht heilbar ist, kann es symptomatisch behandelt werden. Bevor bei mir RLS diagnostiziert wurde, musste ich die Füße abends immer aneinanderreiben, um mir eine gewisse Linderung zu verschaffen. Damals besaß ich ein Abo für die Oper in München und es war eine Katastrophe, in einem Mittelteil zu sitzen, ohne die Möglichkeit, aufstehen zu können und mich zu bewegen. Auch ein mehrtägiger Besuch bei Freunden

oder längere Reisen waren kaum vorstellbar. Das Kribbeln und Ziehen in den Beinen wurde zu einem Stechen, das sich bis in den Kopf zog und eine Art Clusterschmerz verursachte. Rückblickend war es eine schreckliche Zeit, die ich mir nicht mehr vorstellen möchte.

P: Wie haben sich die Symptome in der Nacht geäußert?

Duven: Ich habe kaum geschlafen oder bin nur kurz weggenickt. In dem Moment, in dem man sich aufrichtet, können die Symptome besser werden, allerdings treten sie beim Hinlegen wieder auf. Es beginnt ein Teufelskreis aus zunehmender Erschöpfung, Schlafstörungen und starker Beeinträchtigung im Alltag. Für unbehandelte oder nicht diagnostizierte Betroffene entstehen dadurch sehr viele Probleme. Ich kann mich erinnern, dass ich sitzend auf der Couch geschlafen habe. Es war die einzige Möglichkeit, zumindest ein wenig Schlaf oder Ruhe zu finden.

P: RLS ist zwar nicht heilbar, aber gut behandelbar. Wie geht es Ihnen heute damit?

Duven: Meine Beschwerden waren bis vor knapp einem Jahr so weit vorangeschritten, dass an Schlafen kaum mehr zu denken war, vermutlich stand das in Zusammenhang mit einer Überdosierung. Erst durch die Verordnung eines neuen Präparats und die entsprechende Einstellung haben sich meine Beschwerden um ein Vielfaches gebessert. Mittlerweile kann ich auch wieder durchschlafen und bin zu 90 Prozent beschwerdefrei. Eine Überdosierung der Medikamente kann zu einer Augmentation der Beschwerden führen. Das ist eine anhaltende Verschlechterung des Schweregrads der RLS-Symptome unter einer medikamentösen Behandlung. Das Kernsymptom der Augmentation ist ein früheres Eintreten der Symptome im Tagesverlauf, mindestens vier Stunden im Vergleich zu Beginn der aktuellen Therapie.

Hoher Leidensdruck für Betroffene.

P: Für RLS-Patienten ist die Erkrankung mit hohem Leidensdruck verbunden. Die Symptomschilderung des Kribbelns oder Ziehens in den Beinen hört sich für Nichtbetroffene

harmlos an. Was könnten Ihrer Meinung nach die Gründe dafür sein?

Duven: Aus meiner Sicht und aus der vieler Betroffener ist das RLS mit seinem hohen Leidensdruck und seinen umfassenden Einschränkungen im Alltag in der Öffentlichkeit zu wenig bekannt, obwohl es zu den häufigsten neurologischen Erkrankungen in Österreich zählt. Ich denke, das wirklich Schwierige in der Diagnostik sind die für die Betroffenen schwer zu erklärenden Symptome. Bei einem zieht es in den Beinen, beim anderen klopft es, ein weiterer hat einen undefinierbaren Schmerz. Ein Selbsttest, der verschiedene Symptome beschreibt, kann für Betroffene ein erster Anhaltspunkt sein, um die auftretenden Beschwerden einzuordnen. Eine undefinierbare Unruhe in den Beinen oder Armen, der Drang, sich häufig zu bewegen, oder schwerwiegende Schlafstörungen können erste Warnsignale sein. Wenn die typischen Symptome auftreten und daher ein Verdacht auf RLS besteht, sollte unbedingt eine neurologische Abklärung erfolgen. Je früher mit der Behandlung begonnen wird, umso günstiger ist es für den weiteren Verlauf.

P: Wie hat Ihnen die Arbeit als Vorstandsmitglied im RLS-Dachverband geholfen, mit der Erkrankung umzugehen?

Duven: Ich glaube, je mehr man über die eigene Krankheit weiß, desto besser gelingt es, sie im Kopf zu bewältigen. Die aktive Auseinandersetzung und der Austausch mit den Betroffenen haben mir sehr geholfen. Meine Vorgängerin und Gründerin des RLS-Dachverbands Österreich, Waltraud Moldaschl, war von einer noch schwereren Form des RLS betroffen und hat 20 Jahre lang kaum eine Nacht durchgeschlafen. Sie hat die Selbsthilfegruppe in Österreich in Zusammenarbeit mit Prim. Dr. Dieter Volc und mit Prof. Birgit Högl auf den Weg gebracht und sich in Verhandlungen mit den Stakeholdern des Gesundheitswesens hartnäckig für Betroffene engagiert. Ich habe ihr sehr viel zu verdanken und möchte ihre Arbeit dementsprechend weiterführen wie auch eigene Ideen umsetzen.

P: Seit Herbst 2014 sind Sie Präsidentin des RLS-Dachverbands Österreich. Welche Ziele möchten Sie in den kommenden Jahren erreichen?

Duven: Als Selbsthilfegruppe sind wir oft die ersten Ansprechpartner für Betroffene. Mit der Wiener Gruppe mache ich zirka einmal im Monat einen Vortrag mit verschiedenen Schwerpunkten oder über Krankheiten mit ähnlichem Krankheitsbild wie etwa Polyneuropathie. Es ist sehr wichtig, dass Betroffene lernen, die Beschwerden genau zu beschreiben, denn das ist die grundlegende Voraussetzung für die Diagnose durch den behandelnden Arzt. Weitere Schwerpunkthemen sind Überdosierung und Augmentation. Es wissen noch zu wenige Betroffene darüber Bescheid, wie wichtig die exakte Dosierung der verordneten Medikamente ist. Ich treffe immer wieder Menschen in der Selbsthilfegruppe, die unterschiedliche Präparate einnehmen und sich über das Fortschreiten der Krankheit

„Leider treten bei der Langzeitbehandlung Komplikationen auf, die als Augmentation bezeichnet werden. Es kommt unter der Medikation zum Auftreten verstärkter Beschwerden.“

wundern. Essenziell ist, dass Medikamente nicht beliebig kombiniert werden können. Deshalb muss die Behandlung von einem erfahrenen Neurologen überwacht und gegebenenfalls angepasst werden. Eines meiner Hauptanliegen ist die engere Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten. Viele Betroffene sind unsicher, ob sie mit den ersten Symptomen des RLS zu einem Neurologen gehen sollen. Ich empfehle daher eine Beratung mit dem Hausarzt, denn die Diagnose und Behandlung erfolgen in Zusammenarbeit zwischen den Allgemeinmedizinerinnen und Neurologen. Für Patienten oder Hilfesuchende schwebt mir eine Broschüre vor, die in ganz Österreich in Praxen oder Apotheken aufliegt. Wer auf den Besuch beim Arzt verzichtet, leidet unnötig unter einer Krankheit, die heute gut behandelt werden kann! ■



Waltraud Duven, Präsidentin des RLS-Dachverbands in Österreich: Möchte die Zusammenarbeit mit den Niedergelassenen Ärzten stärken.

12.000 Patienten mit schwerem RLS in Österreich

Epidemiologische Daten legen dar, dass rund zehn Prozent der Bevölkerung die Kriterien für ein Restless-Legs-Syndrom (RLS) erfüllen. Rund 12.000 Patienten in Österreich sind deutlich betroffen und leiden unter einem sehr schweren RLS. Über die Diagnose und die Möglichkeiten der (neuen) medikamentösen Therapien sprach PERISKOP mit ao. Univ.-Prof. Dr. Birgit Högl, Leiterin der Ambulanz für Schlafstörungen an der Univ.-Klinik für Neurologie an der Medizinischen Universität Innsbruck, sowie Ass.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Stefan Seidel, Leiter der Ambulanz für Schlafstörungen und schlafassoziierte Störungen der Univ.-Klinik für Neurologie, MedUni Wien. Beide sind Experten für die Behandlung von RLS-Patienten.

Von Mag. (FH) Martina Dick

Wichtige Fortschritte in der medikamentösen Therapie

Interview mit ao. Univ.-Prof. Dr. Birgit Högl

P: Welche Faktoren müssen für die Diagnose eines RLS gegeben sein?

Högl: Es gibt vier definierte Haupt- oder Minimalkriterien, die für die Diagnose RLS vorliegen müssen. Das sind Bewegungsdrang, begleitet von Missempfindungen (schwer zu beschreiben, oft ziehend) in den Beinen, eventuell auch in den Armen, das Auftreten und/oder die Verstärkung der Krankheitszeichen in Ruhe, die Besserung der Beschwerden bei Bewegung bzw. zumindest, solange diese anhält, und eine Verstärkung der Symptome am Abend bzw. in der Nacht.

P: Ist zur Diagnose eines RLS-Syndroms die Untersuchung im Schlaflabor notwendig?

Högl: Primär nein, es ist nicht zwingend, ins Schlaflabor zu gehen. Essenziell für die Diagnose des RLS ist die Erhebung der Krankengeschichte, um das Vorhandensein der vier Minimalkriterien zu prüfen. Das Schlaflabor braucht man, wenn mehrere Arten von Schlafstörungen vorliegen und man den Anteil der periodischen Beinbewegungen an diesen abklären möchte, um die Diagnose zu stützen. Eine Polysomnographie wird auch durchgeführt, um andere Erkrankungen, die den Schlaf beeinträchtigen (z. B. Schlafapnoe), zu erkennen.

P: Welche unterschiedlichen Ausprägungen kann ein RLS aufweisen und wie hoch sind die Zahlen der Betroffenen in Österreich?

Högl: Aktuell ist davon auszugehen, dass bis zu zehn Prozent der Bevölkerung die richtigen Kriterien für RLS erfüllen, aber nur zwei bis drei Prozent behandlungsbedürftig sind. Eine Unterscheidung der Ausprägung nimmt man vor, indem man von einem behandlungsbedürftigen RLS spricht. Im Englischen wird der Ausdruck „bothersomeness“ verwendet, mit dem beschrieben wird, als wie „lästig“ der Patient die Symptome empfindet. Die Entscheidung der Einstufung wird gemeinsam mit dem Arzt getroffen. Besonders häufig treten die schweren RLS-Fälle unter jenen auf, die bereits lange behandelt werden, Stichwort Augmentation.

Diagnose: klar definiert

P: Wie verläuft der Weg zur Diagnose?

Högl: RLS ist häufig anzutreffen und so können in praktisch fast jeder medizinischen Fachrichtung RLS-Patienten vorgestellt werden. Es betrifft u. a. die Neurologen, die Allgemeinmediziner, die Psychiater, die Schlafmediziner, die Gynäkologen, die Rheumatologen etc. Die Hauptsache ist also, überhaupt daran zu denken und bei jedem Patienten, der mit Symptomen in den Beinen oder mit Schlafstörungen vorstellig wird, gezielt danach zu fragen. RLS ist eine neurologische Erkrankung, deren Diagnose viel Zeit erfordert. Die Kriterien sind für Mediziner aller Fachrichtungen gut einsehbar. Wenn sich also ein Allgemeinmediziner die notwendige Zeit nehmen kann, um die wesentlichen Fragen zu stellen und Ähnliches auszuschließen, ist die Diagnose auch beim Allgemeinmediziner machbar. Bei schwierigen Fragestellungen oder schwierigen Differenzialdiagnosen sollte der Weg zum Neurologen führen, wenn angezeigt, zusätzlich in ein Schlaflabor. An der Innsbrucker Univ.-Klinik für Neurologie verfügen wir über eine Spezialambulanz für Schlafstörungen und ein Schlaflabor, die alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten bei RLS bieten. 2014 wurden wir von der „Willis-Ekbom Disease Foundation“ als erstes Zentrum außerhalb der USA als Quality Care Center (QCC) für das RLS ausgezeichnet.

Neue Studie zu Opioiden

P: Welche Formen der Behandlung sind zugänglich, wie unterscheiden sie sich und inwieweit wird aktuell an neuen Therapien geforscht?

Högl: In den letzten Jahren gab es einige wichtige Entwicklungen bei den medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten für RLS. Die dopaminerge Behandlung ist am längsten entwickelt und am besten untersucht und wird bei Bedarf als erste Wahl eingesetzt. Allerdings kann es zu einer Augmentation – einem verstärkten Auftreten der Beschwerden – kommen. Dann sollte die Dosis nicht gesteigert oder erhöht werden. Eine bekannte Nebenwirkung sind Impulskontrollstörungen.

Eine zweite Gruppe an Medikamenten, die zunehmend Bedeutung in der RLS-Behandlung gewinnt, sind Opiode. Sie sind bereits lange bekannt und Berichte haben über die Jahre immer wieder gezeigt, dass gerade Patienten mit schwerem RLS, die sonst kaum zu behandeln waren, gut darauf ansprechen. Allerdings gab es nur unzulängliche Evidenz. Dies wurde 2013 mit einer multizentrischen, randomisierten, placebokontrollierten Doppelblindstudie geändert. Die zwölfwöchige Studie hat die Patienten auch danach noch knapp ein Jahr lang begleitet. Es hat sich gezeigt, dass Patienten, die schwer bis sehr schwer betroffen waren und bei denen die dopaminerge Therapie versagt hat, auch in der 40-wöchigen Extensionsphase gut respondiert haben. Erprobt wurde ein starkes Opioid in Retardform. Die Verfügbarkeit einer Second-Line-Therapie ist von großer Bedeutung. Da das RLS den Patienten den Rest des Lebens begleitet, ist es wichtig, Therapien zu haben, die über einen langen Zeitraum greifen.

Eine dritte Möglichkeit sind Alpha-2-Delta-Liganden, die auch in der Behandlung von bestimmten Schmerzsyndromen eingesetzt werden und in der Behandlung von RLS eine gewisse Wirkung gezeigt haben. Man kann also zwischen verschiedenen Substanzgruppen wählen, wenn nötig eine Kombination anwenden oder umsteigen.

Frauenkrankheit RLS

Interview mit Ass.-Prof. Univ.-Doz. Dr. Stefan Seidel

P: Wer ist hauptsächlich von RLS betroffen und wie wirkt es sich auf den Alltag, die Psyche und das Berufsleben aus?

Seidel: Betroffen sind zu zwei Dritteln Frauen, zu einem Drittel Männer. Bei den schweren RLS-Fällen sprechen wir von bis zu 12.000 Personen in Österreich. Aus unterschiedlichen Studien weiß man, dass RLS unterdiagnostiziert ist. Die Beschwerden eines RLS, die mit Schlafstörungen einhergehen, haben massive Auswirkungen auf das

körperliche Wohlbefinden und die Psyche der Patienten. Da die Symptome vor allem abends und nachts auftreten, leiden die Betroffenen häufig an Schlafstörungen, die zu Tagesmüdigkeit, Konzentrationsstörungen und Erschöpfungszuständen führen können. Zudem sind Patienten mit ausgeprägtem RLS oft nicht in der Lage, in alltagsstypischen Situationen wie einer Besprechung im Büro oder bei einem Kinobesuch ruhig sitzen zu bleiben. Die mit der Erkrankung verbundenen Beeinträchtigungen vermindern die Lebensqualität signifikant und können die Betroffenen bis zur Arbeitsunfähigkeit und sozialen Isolation führen.

P: Welche Unterstützung verwenden Sie zur Diagnose eines RLS?

Seidel: Zusätzlich zu den vier Minimalkriterien eines RLS arbeiten wir am AKH mit IRLSSG – einem Fragebogen der International Restless Legs Syndrome Study Group. Wichtig ist dabei, dass dieser nicht vom Patienten alleine ausgefüllt wird, sondern – um eine genaue Diagnose zu erhalten – vom Arzt im Rahmen eines ausführlichen Anamnesegesprächs gemeinsam mit ihm. In diesem Gespräch geht es neben den primären Beschwerden, die ein RLS verursacht, auch um die Auswirkungen auf das Leben, die Psyche und den Alltag. Ab einem Punktescore von über 30 spricht man von einem sehr schweren RLS (12.000 Patienten in Österreich), die zur Behandlung ihres RLS ein spezialisiertes Zentrum wie z. B. die Schlafambulanz der Universitätsklinik für Neurologie an der MedUni Wien benötigen.

IRLS – International RLS Severity Scale

Validierter Fragebogen zur Abklärung des Schweregrades und der RLS-bedingten Einschränkungen – durch den Arzt gemeinsam mit dem Patienten.

- ▶ 10 Fragen zu Schweregrad
- ▶ 5 Antwortmöglichkeiten pro Frage (0 bis 4 Punkte)
- ▶ Die Gesamtpunktzahl klassifiziert den Schweregrad

0 bis 10 Punkte: leichtes RLS
11 bis 20 Punkte: moderates RLS
21 bis 30 Punkte: schweres RLS
31 bis 40 Punkte: sehr schweres RLS (rund 12.000 Patienten in Österreich)

Walters AS on behalf of the International Restless Legs Syndrome Study Group. Sleep Med 2003;4:121-32

Behandlungspfad: Vom Allgemeinmediziner zum Neurologen

Dr. Erwin Rebhandl, Präsident AM PLUS / Arzt für Allgemeinmedizin

„Der Hausarzt ist in vielen Fällen die erste Anlaufstelle bei unklaren Beschwerden in den Beinen und bei Schlafstörungen. Die Abklärung, ob es sich dabei um ein Restless-Legs-Syndrom (RLS) handelt, kann über vier bekannte und vielfach in der medizinischen Literatur beschriebene Minimalkriterien auch beim Hausarzt erfolgen, der dann in vielen Fällen mit der First-Line-Therapie beginnen kann. Bei Unklarheiten oder beim Verdacht auf ein schweres RLS erfolgt die Überweisung zum RLS-Experten, dem Neurologen. Wichtig ist in jedem Fall, egal ob die Therapie beim Allgemeinmediziner oder beim Neurologen begonnen wird, dass der Patient regelmäßig vom Hausarzt und in größeren Abständen vom Neurologen kontrolliert wird und dabei neben der Überprüfung der Wirksamkeit der Medikation auch auf allfällige Nebenwirkungen und Interaktionen bei Polypharmazie geachtet wird.“



Univ.-Prof. Dr. Birgit Högl, Leiterin der Ambulanz für Schlafstörungen an der Univ.-Klinik für Neurologie, Innsbruck

P: Welche Möglichkeiten der Linderung eines RLS gibt es außerhalb der medikamentösen Behandlung?

Seidel: Wie es die meisten Patienten teils unbewusst schon machen, indem sie ihre Beschwerden möglichst viel durch Bewegung lindern. Da es unmöglich ist, ständig in Bewegung zu bleiben, verhilft in mildereren Fällen gezielte physikalische Therapie zur Linderung. Gerade die durch hartnäckige Schlafstörungen erschöpften und verzweifelten Patienten sehnen sich nach Entspannung. Durch Massagen und Bürsten der Beine und kalte Fußbäder wird dem Rückenmark ein neuer Reiz signalisiert, der die RLS-typischen Missempfindungen etwas blockiert. Auch mit Schwimmen oder Fahrradfahren, also Bewegungen, die die unteren Extremitäten beanspruchen, haben viele Patienten gute Erfahrungen gemacht. Allgemeine Maßnahmen, die positiv auf die Schlafhygiene wirken, wären das Vermeiden RLS-verstärkender Faktoren (vor allem kurz vor dem Schlafengehen) wie z.B. Kaffee, Alkohol, Wärme, schwere körperliche Arbeit, Stress – diese Maßnahmen können bei leichteren Formen des RLS hilfreich sein.

P: Was hat Eisenmangel mit RLS zu tun?

Seidel: Eisen erfüllt drei wichtige Funktionen: Zum einen transportiert es als Bestandteil des Hämoglobins den Sauerstoff im Blut von der Lunge ins Gewebe. Es ist jedoch auch für die Energiegewinnung der Zellen notwendig. Daher kann ein Eisenmangel – auch ohne Blutarmut – zu Müdigkeit, Abgeschlagenheit und Leistungsmangel führen. Drittens benötigen wir Eisen für die Herstellung von Dopamin. Fehlt dem Körper Eisen, dann wird auch zu wenig Dopamin gebildet. Die Folge kann ein RLS sein oder eine Verstärkung der RLS-Symptome beinhalten. Es ist darauf zu achten, dass der Eisenspeicherwert Ferritin über 50 ng/ml liegt, was gegebenenfalls

mit einer Eiseneinnahme erzielt werden kann. Falls extrem niedrige Eisenwerte gemessen werden, kann Eisen auch als intravenöse Infusion gegeben werden.

P: Sie haben den Zusammenhang von Migräne und RLS bei Kindern und Jugendlichen untersucht – worin liegt er?

Seidel: 2012 konnten wir, eine Forschungsgruppe der MedUni Wien am AKH, im Rahmen einer Studie einen Zusammenhang zwischen dem RLS und Migräne bei Kindern und Jugendlichen nachweisen. An Migräne leiden rund fünf Prozent der Kinder und Jugendlichen. Jedes fünfte dieser Kinder hat außerdem auch noch ein RLS. Die Ursache sehen wir in den durch das RLS verursachten, teils massiven Schlafstörungen. Es ist bekannt, dass Migräne selbst zu Schlafstörungen führt. Bekannt ist aber auch, dass spezielle Schlafstörungen – wie zum Beispiel das RLS – die Einschlafzeit verlängern, den Nachtschlaf deutlich fragmentieren, vor allem wenn im Schlaf so genannte periodische Beinbewegungen auftreten und damit die Migränesymptomatik verstärken.

P: Was gilt es dabei zu beachten?

Seidel: Bei Kindern und Jugendlichen empfehlen wir einfache Verhaltensregeln, eine zugelassene medikamentöse Therapie gibt es für diese Patientengruppe nicht. Essenziell ist vor allem eine ausreichende Schlafhygiene. Das bedeutet, natürlich abhängig vom Alter der jungen Patienten, den Verzicht auf Zigaretten, Alkohol oder schweres Essen vor dem Schlafengehen.



As.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Stefan Seidel, Leiter der Ambulanz für Schlafstörungen und schlafassoziierte Störungen der Univ.-Klinik für Neurologie, MedUni Wien

gehen. Auch TV, Handy und PC sollten in der Zeit vor dem Schlafengehen tabu sein. Außerdem ist ein ausreichend langer Nachtschlaf wichtig. Zusätzlich untersuchen wir – wie auch bei Erwachsenen –, ob ein Eisenmangel, eine Nierenfunktions Einschränkung, eine Schilddrüseneinschränkung bzw. ein Mangel an Vitamin B12 oder Folsäure vorliegt, und behandeln das gegebenenfalls.

RLS beinträchtigt massiv

P: Wie beurteilen Sie den Zusammenhang zwischen Schlafstörungen und der Produktivität sowie die Wahrnehmung dieses Zusammenhangs in der Öffentlichkeit?

Seidel: Vereinfacht ausgedrückt, benötigt ein erwachsener Mensch regelmäßig eine

ausreichende Menge Schlaf, um sich am nächsten Morgen körperlich und geistig frisch zu fühlen. Eine Störung liegt dann vor, wenn der Nachtschlaf über längere Zeit (i. e. über mehr als drei Monate) quantitativ und/oder qualitativ gestört ist oder trotz ausreichender Schlafdauer eine Tagesmüdigkeit oder eine erhöhte Einschlafneigung untertags besteht. Knapp 30 Prozent aller Österreicher haben laut den jüngsten Untersuchungen regelmäßig Schlafstörungen, RLS ist eine davon. Das wirkt sich natürlich auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit aus. Die Problematik von Schlafstörungen und ihre Auswirkungen auf die Produktivität der Menschen in ihrem sozialen Gefüge sowie im Beruf sind in den Köpfen der Österreicher nicht besonders stark verankert. ■

RLS GESCHICHTLICHER RÜCKBLICK

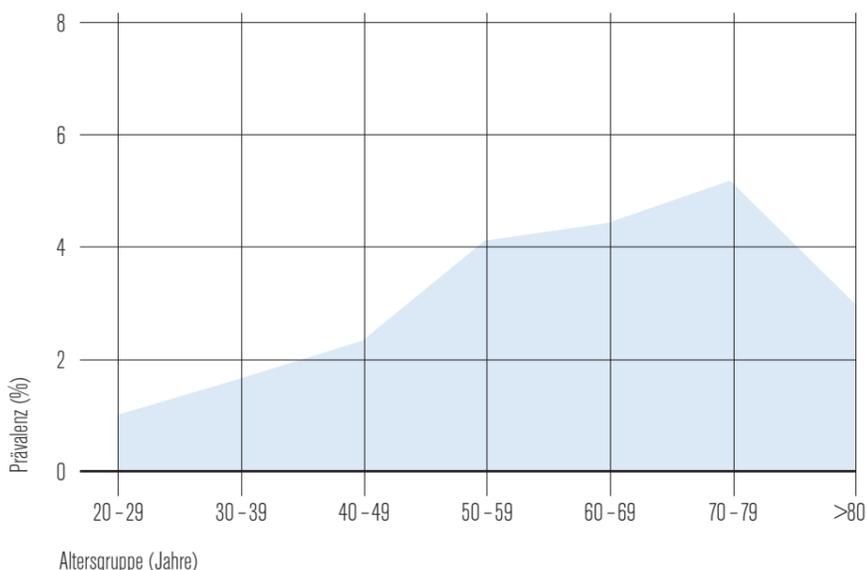


1. Coccagna G et al. Sleep Med 2004;5:279–83; 2. Ekbom KA. Acta Med Scand 1945;158 Suppl:1–123; 3. <http://www.rls.org>. Accessed 10.06.2013; 4. Allen RP et al. Arch Intern Med 2005;165:1286–92.

RLS UND ALTER

PRÄVALENZ FÜR RLS STEIGT MIT DEM ALTER¹

RLS Patienten (n=416)



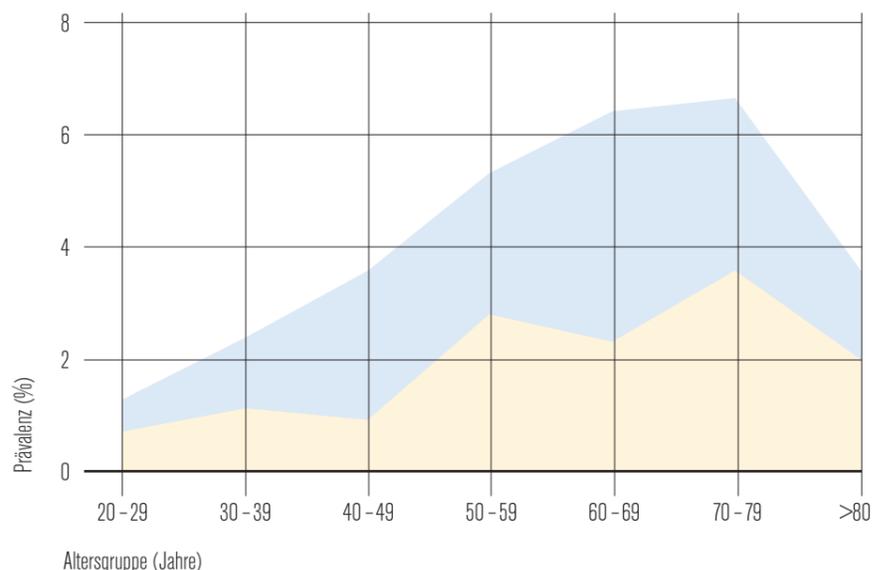
1. Allen RP et al. Arch Intern Med 2005;165:1286–92.

RLS UND GESCHLECHT

RLS BETRIFFT FRAUEN ZWEIMAL SO HÄUFIG WIE MÄNNER^{1,2}

Prävalenz Frauen: 13,4% / Prävalenz Männer: 7,6%¹

Frauen
Männer



1. Berger K et al. Arch Intern Med 2004;164:196–202; 2. Allen RP et al. Arch Intern Med 2005;165:1286–92.

Zukunftsperspektiven für moderne Gesundheitssysteme – Japan und Österreich im Vergleich

Die Gemeinschaft der japanischen Pharmaunternehmen empfing am 16. Oktober zusammen mit dem Botschafter, Seiner Exzellenz Makoto Taketoshi, in der Residenz der japanischen Botschaft ausgewählte Entscheidungsträger des österreichischen Gesundheitssystems. Dr. Takeshi Nakajima, Neurologe aus Horn, hielt einen Impulsvortrag. Als kulturelles Highlight seitens der Botschaft fand anschließend eine Darbietung auf dem Koto durch die Kulturbotschafterin Fuyuki Enokido statt. Frau Enokido lieferte auch die musikalische Untermalung der Teezeremonie, durchgeführt von Frau Prof. Somei Fuhrmann, bevor es die Möglichkeit zu persönlichen Gesprächen in der Residenz gab.

Von DI Anna-Lena Kollos

Die Veranstaltung fand auf Initiative der österreichischen Niederlassungen von fünf renommierten japanischen Pharmaunternehmen statt. Diese firmieren in Österreich als „J5“, in alphabetischer Reihung bestehend aus Astellas Pharma – vertreten durch Dr. Mirosław Lubecki, Daiichi-Sankyo – vertreten durch Manuel Reiberg, Eisai Pharma – vertreten durch Georg Wager, Mitsubishi Tanabe Pharma – vertreten durch Andreas Wiegand, und Takeda Pharma – vertreten durch Stefan König.

Diese fünf Unternehmen haben sich zu einer Plattform zusammengeschlossen, die das Bewusstsein für die Bedeutung von Innovationen im Pharmabereich fördern möchte. Es handelt sich um eine erfolgreiche, traditions- sowie wertebewusste Gruppe von japanischen Pharmafirmen, die gemeinsam das Anliegen verfolgen, die Gesundheit der Menschen zu verbessern.

Mit diesem Ziel ist ein spezifisches Wertebewusstsein verbunden, denn es kann nur durch kontinuierliche Innovation erreicht werden. Entwicklungen werden daher gefördert, müssen aber mit dem Nachhaltigkeitsgedanken in Einklang stehen. Mit partnerschaftlichem Zugang und schonendem Umgang mit Ressourcen sollen auch nachfolgende Generationen mit guten Umweltbedingungen leben können. Mit Innovationen ist natürlich auch ein besonderer Qualitätsstandard verbunden, der dem Wohl des Patienten dienen und so seine Lebensqualität verbessern soll. Durch eine Win-win-Situation soll ein Mehrwert für die Gesellschaft geschaffen werden. Darauf wies auch der japanische Botschafter, Seine Exzellenz Makoto Taketoshi, hin, der in seinen Eröffnungsworten vor allem den hohen Stellenwert der Gesundheit in Japan und die hohen Investments in den Gesundheitssektor unterstrich.

Das Thema des Abends lautete „Zukunftsperspektiven für moderne Gesundheitssysteme – Japan und Österreich im Vergleich“. Moderne Gesundheitssysteme müssen vielfältige Herausforderungen bewältigen, wie etwa die einer alternden Gesellschaft, das steigende Problem von psychischen Krankheiten sowie die Suche nach Innovationen, um die Lebensqualität zu erhöhen und die Stabilität des Systems nachhaltig zu sichern. Impulsprecher des Abends war Dr. Takeshi Nakajima, Neurologe und Oberarzt am Landeskrankenhaus Waldviertel Horn, der seit seinem vierten Lebensjahr in Österreich lebt. Dr. Nakajima hat an der Universität Wien Medizin studiert und wurde 2006 Facharzt für Neurologie. In Österreich aufgewachsen und durch seinen Beruf tief im Gesundheitsbereich verankert, kennt er das heimische Gesundheitssystem vor allem von der praktischen Seite. Durch seine fa-



SE Botschafter Makoto TAKETOSHI und Kulturbotschafterin Fuyuki ENOKIDO



Dr. Takeshi NAKAJIMA, Neurologe und Oberarzt am Landeskrankenhaus Waldviertel Horn



v.l.n.r.: Dipl.-Betriebswirt Stefan KÖNIG, Geschäftsführer Takeda Pharma GesmbH/Dipl.-Ökonom Andreas N. WIEGAND, General Manager Sales & Marketing Mitsubishi Tanabe Pharma GmbH/Georg WÄGER, MBA, General Manager Austria/Germany Eisai GesmbH/Dipl. Kfm. Manuel REIBERG, Manager Country Operations Austria Daiichi-Sankyo Austria GmbH/Mirosław Jan LUBECKI MD, MBA, Geschäftsführer Astellas Pharma Ges.m.b.H

miliären Wurzeln ist er aber ebenso mit der japanischen Lebensart vertraut und kennt aufgrund seiner persönlichen Kontakte auch das japanische Gesundheitswesen und vor allem die Situation der Ärzte vor Ort. So ist in Japan für Ärzte zwar eine 40-Stunden-Woche vorgesehen, darin ist der Bereit-

schaftsdienst jedoch nicht inkludiert. Die Arbeitsbelastung ist für Japans Ärzte sehr hoch, viele junge Mediziner wohnen sogar in den Krankenhäusern. Hohes Verantwortungsbewusstsein und Aufopferung für den Beruf sind in Japan akzeptierte gesellschaftliche Gepflogenheiten.

Dr. Nakajima berichtete außerdem über den hohen Erfolgsdruck in der Ausbildung der japanischen Ärzte. Von 100.000 interessierten Studenten werden im Schnitt nur sieben Prozent zum Medizinstudium zugelassen. Gleichzeitig sind Jungmediziner mit hohen Kosten an den Privatuniversitäten

konfrontiert. Auch in Österreich ist der Andrang – nicht zuletzt durch ausländische Studenten – beim Medizinstudium groß, hier werden 16 Prozent der Interessierten zugelassen. Folglich ist die Ärztedichte in Japan mit 2,3 Ärzten pro 1000 Einwohner eher gering, während sie im Vergleich dazu hierzulande bei 4,9 Ärzten pro 1000 Einwohner liegt und damit wesentlich höher ist.

Ähnlich wie in Österreich gibt es auch in Japan im Krankenhausbereich gravierendes Verbesserungspotenzial: Japan hat im OECD-Vergleich mit 17,5 Tagen die längste durchschnittliche Krankenhaus-Verweildauer, Österreich liegt hier knapp unter dem OECD-Schnitt von circa acht Tagen.

Herausforderungen gilt es aber laut Dr. Josef Probst, Generaldirektor des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, auch in Österreich zu bewältigen. Mithilfe der Gesundheitsreform sollen vor allem Prozesse und Strukturen verändert werden, die Zahl der gesunden Lebensjahre soll erhöht und die Betreuung bei einer chronischen Erkrankung verbessert werden. In Bezug auf die Verweildauer im Krankenhaus betonte Dr. Probst, dass Österreich mit 27 Spitalsaufenthalten pro 100 Einwohner weit über dem EU-Durchschnitt liegt.

Der Präsident des Forums der forschenden pharmazeutischen Industrie (FOPI), Ingo Raimon, hob in seinem kurzen Statement vor allem die langfristige Orientierung und die Nachhaltigkeit der japanischen Unternehmen hervor; Eigenschaften, die für die

langfristige Entwicklung von Arzneimitteln und für die Forschung von entscheidender Bedeutung sind.

Als forschende Industrie ist das FOPI bemüht, vor allem mehr internationale Studien nach Österreich zu bekommen. Österreichische Studienzentren sollen den Medizinerinnen und damit auch den Patienten frühzeitig den Zugang zur internationalen Spitzenmedizin ermöglichen und die Chance bieten, diese auch aktiv mitzugestalten.

Initiiert von der Botschaft, fand auch die Kultur an diesem Abend ihren traditionellen Platz: Mit einer Teezeremonie und einer Darbietung auf dem Koto wurde das Programm des Botschaftsempfangs abgerundet.

Tee besitzt in Japan eine lange Tradition und wurde anfangs von Mönchen als Medizin eingesetzt, bis er nach und nach in der Bewirtungskultur der Gesellschaft Einzug hielt. Die Teezeremonie wird auch Chanoyu genannt und ist eine Kunst, welche die Einhaltung genauer Regeln erfordert. Ziel ist es, innere Ruhe zu finden und sich an der Gemeinschaft einer Teezusammenkunft zu erfreuen. Durchgeführt wurde die Teezeremonie von Prof. Somei Fuhrmann, die als diplomierte Teekunst-Lehrerin der Omote-Senke-Teeschule auf eine langjährige Erfahrung zurückblickt. Nach der Zubereitung des Tees durfte natürlich eine Verkostung nicht fehlen.

Weiterer kultureller Höhepunkt des Abends war eine Darbietung der Kulturbotschafterin Fuyuki Enokido, die mit Musikstücken

auf dem Koto einen Einblick in die alte Tradition Japans bot. Es ist ein Instrument mit 13 Saiten, welche mit „Tsume“ genannten Plektren, die wie Ringe an den Fingern getragen werden, gezupft oder angeschlagen werden. Die Töne oder Tonabstände werden während des Spiels mithilfe der so genannten „Koto-ji“, beweglicher Stege, die über die Saiten gespannt sind, erzeugt.

Der Abend endete mit angeregtem Networking unter den Teilnehmern. Mit dabei waren unter anderem: Dr. Dieter Eschberger/Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Manfred Felix/Pensionsversicherungsanstalt, Dr. Martin Gleitsmann/Wirtschaftskammer Österreich, Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang Köstler/Österreichische Gesellschaft für Onkologie, Dr. Hermann Leitner/Ärztelkammer für Wien, die Wiener Pflege- und Patientenärztin Dr. Sigrid Pilz, Mag. Martin Schaffenrath/Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Dipl.-Ing. Dr. Christa Wirthumer-Hoche/Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit.

Das Interesse am Austausch zwischen Österreich und Japan, die Diskussion über Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Wirtschaft und Gesundheitssystem sowie die Möglichkeit, sich auszutauschen und voneinander zu lernen, wird es auch 2015 geben. So blicken wir voller Vorfreude auf das nächste Kirschblütengespräch, das im Frühling nächsten Jahres geplant ist. ■



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

Plakativ Außenwerbung Pro & Contra

Wann haben Sie sich das letzte Mal so richtig über ein Plakat geärgert? War der Grund ein sexistisches Sujet oder ging es um fragwürdige Botschaften einer politischen Partei? Waren Sie verwundert, dass eine Fast-Food-Kampagne traditionelle Kaffeehauskultur attackiert? Oder grämt Sie das schlechte Gewissen, weil Sie das traurig blickende Kind in einer Krisenregion nicht mit einer Spende unterstützen? Plakate erregen oft Aufmerksamkeit und emotionalisieren. Sie „verstecken“ sich nicht in Magazinen für spezielle Zielgruppen, sondern zeigen sich in der breiten Öffentlichkeit. Der Betrachter soll das Gefühl bekommen: „Das geht alle an!“ Hier zeigt sich aber auch der signifikante Nachteil der Außenwerbung. Es kann nur schwer nach bestimmten Zielgruppen segmentiert werden, allerdings lässt sich zumindest durchaus präzise auf geografischer Ebene planen. Österreich verfügt über ein außerordentlich dichtes Plakatnetz, welches eine genaue Platzierung bis auf Bezirksebene ermöglicht.

Doch das Plakat buhlt längst nicht mehr alleine um die Aufmerksamkeit der Bevölkerung. Die kleineren, dafür hinter Glas beleuchteten City-Lights gehören längst zum Stadtbild. Was die Verbreitung betrifft, machen diese ihrem Namen alle Ehre – liegt ihr Fokus doch klar auf dem urbanen Raum.

Wer besonders kreative oder prestigeträchtige Lösungen sucht, kann auch auf diverse Screens, bedruckte Verkehrsmittel oder riesige „Megaboards“ zurückgreifen. Hier muss man allerdings mit hohen Kosten und einer weit geringeren Stellenauswahl rechnen. Aber egal wie groß die Werbefläche auch sein mag, aufgrund der kurzen Kontaktzeit kann immer nur eine Kernbotschaft übermittelt werden. Vielleicht eignet sich Außenwerbung gerade deshalb so gut für polarisierende Sujets.

Doch bedeutet dies auch, dass Plakat & Co. in der Bevölkerung unbeliebt sind? Ganz im Gegenteil: Außenwerbung gilt laut Umfragen als die beliebteste und gleichzeitig am wenigsten störende Werbeform.

Am Ende liegt die Herausforderung bei der Kreation, die Botschaften simpel, aber gleichzeitig genial auf den Punkt zu bringen. Hinter wenigen Sekunden Aufmerksamkeit des Betrachters liegen oft Stunden kreativer Arbeit. Aber die Investition lohnt sich! ■

Dietmar Pichler, MA
Media Beratung Welldone

PUBLIC
RELATIONS

Bahnbrechende Zukunft

„United Breaks Guitars“ – kaum eine andere Geschichte beschreibt den radikalen Umbruch innerhalb des Public-Relations-Geschäfts besser als dieses kleine Protestlied. Ende 2008 flog der US-Musiker Dave Carroll mit der amerikanischen Fluglinie United Airlines. Dabei wurde seine Gitarre durch das Ladepersonal zerbrochen. Der Countrysänger begehrte Schadenersatz, bekam aber nur ein lapidares „Sorry“ als Entschädigung. Seine Antwort? Er schrieb ein humorvolles Lied, drehte ein Video und stellte es auf YouTube. Der Börsenkurs der Airline stürzte nach vier Millionen Hits ab und „Times Online“ errechnete eine Kapitalvernichtung von 180 Millionen Dollar. Dafür hätte sich Dave Carroll 51.000 Gitarren kaufen können.

Die neue Macht der Kunden durch Social Media – ob YouTube, Facebook, Twitter oder kleinere Online-Plattformen – verändert die PR-Branche weltweit wie kaum eine andere technologische Entwicklung zuvor. Sie entscheiden über Produkte, Unternehmen oder Dienstleistungen, auf die klassische PR oft nicht schnell genug reagieren kann. Jedoch liegt in der Niederlage auch die Möglichkeit: Unternehmen hatten noch nie so viele Optionen, ihre Botschaften an eine immer präziser definierte Kundschaft zu kommunizieren und zielgerichtet zu streuen. Doch welche Perspektiven muss die PR der Zukunft in Betracht ziehen? Hier verbirgt sich wohl eine der größten Herausforderungen, aber auch die Stärke der PR: einen Schritt vom Produkt oder der Dienstleistung zurücktreten und die Gesamtsicht in den Blick nehmen. Was zählt, ist die Perspektive, die Welt rund um das Angebot und die Sichtweise der Kunden und Konsumenten sowie der konkrete Nutzen. Auch wenn viel in Bewegung ist, was sich nicht verändert hat, ist das grundlegende Fundament für gute PR-Arbeit: Fakten, etablierte Beziehungen, Themenführerschaft, der Wille zum Agenda-Setting sowie die Bereitschaft, gute Geschichten zu erzählen. Make it or break it – aber bitte keine Gitarren! ■

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

AGENTUR-
LEITUNG

Kommunikation auf dem Prüfstand

In der PERISKOP-Ausgabe 61 ging es in meinem ESSENTIALS-Beitrag um die Bedeutung des Werbeziels und um die Gestaltung von Werbemitteln. Im Speziellen widmete ich mich der Anzeige, die in der Gruppe der klassischen Werbung immer noch die Königsdisziplin für Kreative darstellt. Mein Beitrag in dieser Ausgabe bezieht sich auf den Vortrag von Beatrix Kollmann und mir beim 7. PMCA-Impuls des Jahres 2014, der am 20. Oktober stattfand. Bei diesem PMCA-Impuls stellten wir die Kommunikation auf den Prüfstand und fragten uns, ob das, was bis jetzt üblicherweise praktiziert worden ist, noch zeitgemäß ist oder ob heute und morgen doch anders gedacht und gehandelt werden muss.

Geändertes Kundenverhalten und neue Mediengattungen haben die Art der Kommunikation und damit auch die Gestaltung von Kampagnen verändert. Durch die digitalisierte Welt ist der Konsument in der Lage, mehr Informationen über Produkte einzuholen als je zuvor und seine Gedanken und Erfahrungen innerhalb kürzester Zeit mit anderen Menschen zu teilen. Er wird dadurch selbstsicherer, kritischer und mächtiger und erwartet eine umfassende Art der Ansprache und Einbindung, bevor er bereit ist zu kaufen. Die klassische integrierte Kampagne, bei der eine einzige Kernbotschaft in unterschiedlichen Medien wiederholt wird (so erinnert schlussendlich das Plakat an den TV-Spot, der TV-Spot an die Anzeige usw.), reicht nicht mehr aus. Das Modell der klassischen integrierten Kampagne basiert auf der Idee, dass der Werbeerinnerung die Werbeüberzeugung folgt und diese wiederum zum Kauf führt. Doch dieser Mechanismus ist in Zeiten der Digitalisierung etwas zu einfach gedacht. Als Initialzündung, um auf ein Produkt aufmerksam zu machen, oder als ein Element im Rahmen einer Kampagne zur Bewusstseinschaffung im Gesundheitsbereich ist es jedoch ein absolut notwendiges und sinnvolles Denkmodell.

Zeitgemäße Kommunikation stellt neue Anforderungen an Marketer. Sie wirft einen umfassenden Blick auf die Reise des Konsumenten mit der Marke und unterstützt ihn durch den Einsatz verschiedener Kommunikationsmaßnahmen in seiner Meinungsbildung. Dabei sollte unbedingt beachtet werden, dass der unreflektierte Einsatz der „Big Idea“ – der einen Kampagnenidee – in allen Kanälen oft nicht zum gewünschten Erfolg führt. In einer zeitgemäßen Kommunikation müssen vielfältige Aufgaben erfüllt und muss auf viele Fragen Antwort gegeben werden.

Um eine zeitgemäße 360-Grad-Kommunikation erfolgreich umzusetzen, ist es wichtig, Bewusstsein für ein Produkt oder ein Thema zu schaffen und dabei Emotionen zu wecken. Danach gilt es, kognitive Dissonanzen aufzulösen, anschließend zu aktivieren – z. B. durch Testen des Produkts sowie durch Beratungsgespräche oder Broschüren etc. – und zum Schluss einen sozialen Mehrwert für den Konsumenten zu schaffen. In jedem Fall ist es unerlässlich, die Patient Journey, das Pendant zur Customer Journey, genau zu kennen und zu analysieren und relevante Kontaktpunkte zu definieren.

„Ist die
„Big Idea“
tot?“

Beatrix Kollmann, Etat-Direktorin bei Welldone, sprach über die Gegenwart der digitalen Kommunikation und über Umsetzungsbeispiele. 1,3 Milliarden Menschen nutzen weltweit Facebook. 271 Millionen Menschen auf der ganzen Welt verwenden Twitter, davon 121.000¹ in Österreich. Eine Befragung deutscher Internetnutzer durch den Harvard Business Manager analysierte Kaufentscheidungen in 17 Branchen: Für 44 Prozent der User waren das Internet oder die sozialen Netzwerke die wichtigsten Informationsquellen.² Im Segment „Gesundheit“ bezogen 35 Prozent ihre Informationen aus dem Internet. Sie kommunizieren ihre Erfahrungen über soziale Netzwerke, verstärken und multiplizieren somit die Markenbotschaft. Erfolgreiche digitale Kommunikation muss personenbezogen gestaltet werden. Nutzer erwarten sich eine persönliche und individuelle Ansprache mit den für sie relevanten Inhalten zum richtigen Zeitpunkt und über den richtigen Kanal. Ein etabliertes und aussagekräftigeres Zielgruppenmodell sind die so genannten Sinus-Milieus, die die gewünschten Zielgruppen nach Einstellung, Grundhaltung und Lebensweise einteilen. Zum Schluss ein sehr emotionales Beispiel einer Awareness-Kampagne im digitalen Bereich: die Aktion der flämischen Alzheimer-Gesellschaft³, die mit einfacher und userbezogener Gestaltung die öffentliche Aufmerksamkeit auf die Krankheit lenkte. Der Kick-off der #donotforget-Kampagne war der „National World Alzheimer Day“ am 21. September 2012.

Wenn Sie wissen wollen, was zeitgemäße 360-Grad-Kommunikation für Ihre Marke, Ihr Produkt oder Ihre Awareness-Kampagne bedeuten kann, rufen Sie uns an! Tel. 01/402 13 41 DW 13.

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

¹<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/37545/umfrage/anzahl-der-aktiven-nutzer-von-facebook/>

²<http://www.harvardbusinessmanager.de>

³<http://www.vergeetzenietbedel.nl/start>

Mag. (FH) Birgit Bernhard,
Agenturleitung Welldone

Attergauer Kultursommer: Kunst, Kultur und Kulisse

P: Als verantwortliche Intendantin des Attergauer Kultursommers zeichnen Sie auch für das Attergauer Neujahrskonzert, das heuer wie jedes Jahr am 5. Jänner in der Attergauhalle von St. Georgen stattgefunden hat, verantwortlich. Wie ist die Verbindung zum Attergauer Kultursommer zu verstehen?

Bartolomey: Das Neujahrskonzert betrachten wir als Start in die neue Saison und gleichsam als winterlichen Kontrapunkt zu unserem Sommerprogramm. Dieses Konzert ist mittlerweile schon zu einem Fixpunkt geworden, bei dem die Wiener Virtuosen zum stimmungsvollen Jahresauftakt bitten.

P: Was waren 2014 die Highlights? Wurden Ihre Erwartungen erfüllt und welche Ziele haben Sie für den Attergauer Kultursommer 2015? Auf welche Höhepunkte dürfen wir gespannt sein?

Bartolomey: Auf Grund der geradezu euphorischen Reaktionen auf Schuberts Es-Dur-Messe in unserer Pfarrkirche von St. Georgen werde ich ein Musica Sacra-Konzert weiterführen und 2015 Händels Messias zur Aufführung bringen. Aber natürlich werde ich die große Vielfalt unseres Angebots beibehalten: Ich präsentiere ein 13-köpfiges Saxophonensemble, das ausschließlich Filmmusik aus Klassikern wie *Spiel mir das Lied vom Tod*, *Star Wars*, *Fluch der Karibik* u. v. m. zum Besten geben wird; ein beeindruckendes Spektakel! Rudolf Buchbinder wird ein Klavier-Rezital spielen und große Kammermusik wird wieder ihren festen Platz haben. Aber allzu viel möchte ich noch nicht verraten, das genaue Programm wird anlässlich des Neujahrskonzerts bekannt gegeben. Abgesehen von meinen Programmzielen hoffe ich, dass wir die Kooperation mit der heimischen Gastronomie weiter intensivieren können. Hier gäbe es wirklich attraktive Synergien und beide Seiten könnten von einer engeren Zusammenarbeit profitieren. Ich möchte den Kultursommer nicht nur während des Sommers im Land bekannt wissen, sondern durch Kooperationen das ganze Jahr über präsent sein lassen. So fand Ende November erstmals eine solche mit der Varena in Vöcklabruck statt: Cornelius Obonya und das Duo Bartolomey/Bittmann, drei Künstler unseres Festivals, gestalteten eine „Ziemlich schräge Vorweihnacht“. Eine großartige Veranstaltung!

P: Was wünschen Sie sich auf Finanzierungsebene für die Zukunft?

Bartolomey: Ich wünsche mir ein Bewusstsein und Bekenntnis der öffentlichen Förderer, dass die Pflege, Unterstützung und Förderung von Kunst und Kultur nicht ein „Staatsvergnügen“, sondern eine Staatspflicht sind! Ebenso, dass das Bemühen der Kulturveranstalter, private Fördermittel aufzutreiben, nicht durch Subventionskürzungen bestraft, sondern – im Gegenteil – mit verlässlichen Zuschüssen der öffentlichen Hand honoriert wird. Quasi nach dem Motto: „Wenn ihr Sponsoren findet, dann

honorieren wir das im Dienste der Kulturpflege auch mit entsprechenden öffentlichen Förderungen“.

P: Im 34-jährigen Bestehen des Attergauer Kultursommers konnten Sie bereits mit zahlreichen internationalen Stars zusammenarbeiten. Darunter Thomas Hampson, Luca Pisaroni und Ildiko Raimondi, große Instrumentalisten wie Nikolai Znaider, Benjamin Schmid und Rudolf Buchbinder oder Österreichs Schauspiel-Granden Klaus Maria Brandauer, Cornelius Obonya und Karl Markovics, um nur einige zu nennen. Gibt es einen besonderen Künstler, mit dem Sie ebenfalls gerne zusammenarbeiten würden und wenn ja, warum?

Bartolomey: Mein Wunsch ist es, einige der oben genannten Künstler für ein gemeinsames Konzert an den Attersee einzuladen, quasi für eine Art Residenzprojekt, das sich über ein paar Tage oder eine Woche hinreckt. Volle Terminkalender erschweren so eine Idee natürlich. Viele Künstler schwärmen vom Zusammenkommen, sich Zeit nehmen für (nicht nur!) musikalischen Ideenaustausch, Freundschaften knüpfen, auch ein bisschen Freizeit am See oder Berg verbringen. Der Attergauer Kultursommer hat ja mit seiner wunderbaren Landschaft ein wahres Trumpf-Ass in der Tasche. Viele Künstler, die bei uns aufgetreten sind, möchten gerne wiederkommen, nicht nur der besonderen Festivalatmosphäre, sondern u. a. auch der einzigartigen Umgebung wegen.

P: Wie kommt Ihrer Meinung nach der „Wert“ eines Künstlers zustande? Sehen Sie einen direkten Zusammenhang zwischen Qualität und Gagenhöhe oder orientiert sich diese primär an der Popularität?

Bartolomey: Der Wert eines Künstlers, den WIR engagieren, resultiert aus seiner herausragenden künstlerischen Leistung, da die konstant hohe Qualität der künstlerischen Beiträge mittlerweile zu einem Markenzeichen unseres Festivals geworden ist. Dass es aber auch Künstler gibt, besonders im U-Musik-, aber auch im E-Musik-Bereich, deren Wert nicht nur künstlerisch, sondern auch durch Marketingmotive begründet ist, ist nicht zu bestreiten. Das spielt für unser Festival aber definitiv keine Rolle, da uns Prominenz ohne entsprechenden qualitativen künstlerischen Leistung nicht interessiert.

P: Wie beurteilen Sie den Einfluss von Medien (Fernsehen, Radio, Zeitungen, New Media) für das Image eines Künstlers sowie des Attergauer Kultursommers selbst?

Bartolomey: Medienpräsenz ist ein Thema, das sowohl für ein Festival als auch für Künstler einen enorm wichtigen Faktor darstellt. Ich beschäftige ein privates regionales Fernsichteam, das jedes Konzert des Attergauer Kultursommers schon im Vorfeld ankündigt und nachher darüber berichtet. Es gibt Interviews mit Künstlern und Reaktionen des Publikums auf das soeben Gehörte.



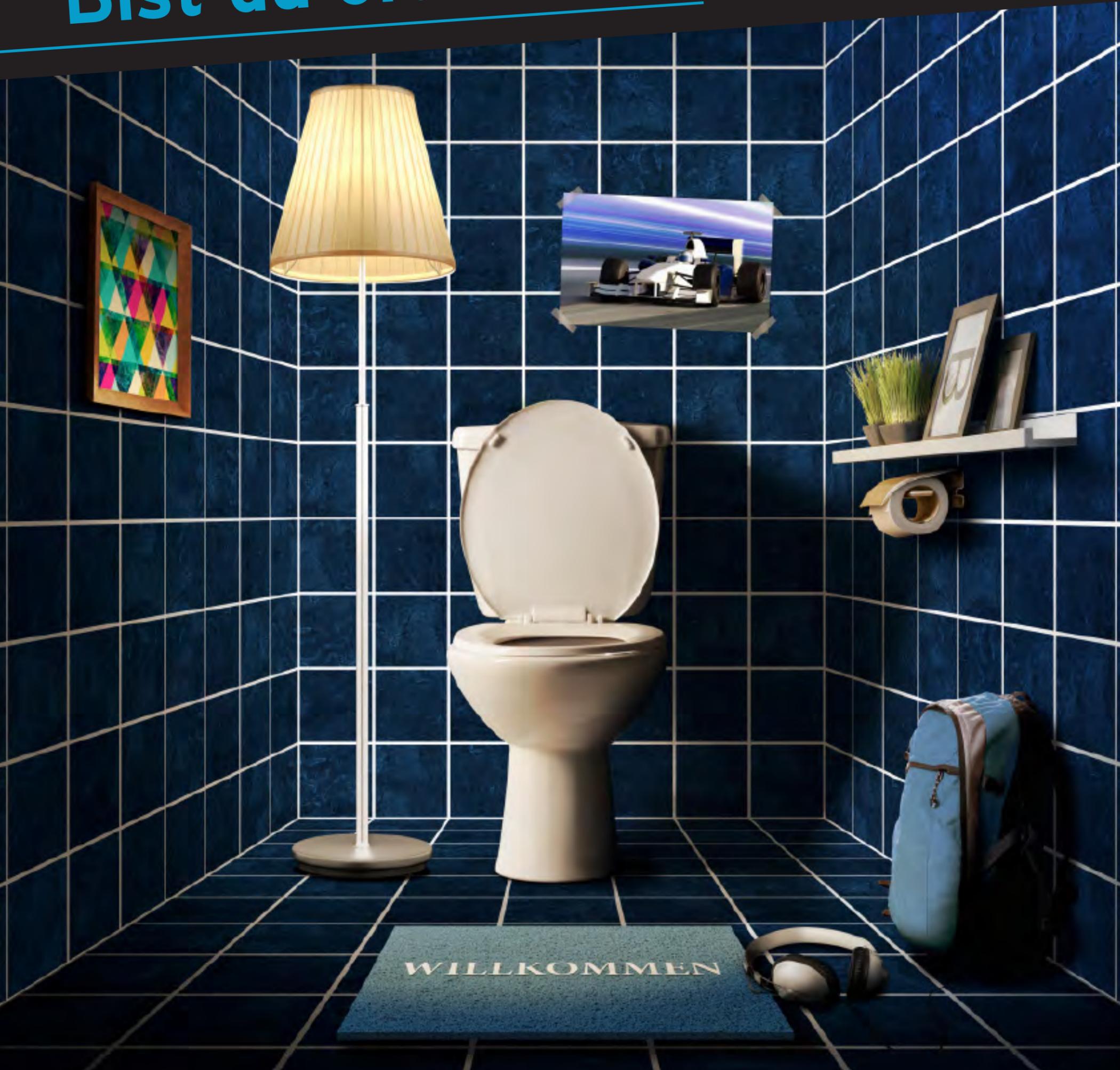
Mag. Mechthild Bartolomey, Intendantin Attergauer Kultursommer

Ich selbst versuche als Intendantin dabei meine Gedankengänge zu artikulieren und Leute neugierig zu machen. Diese Informationen können oft sehr hilfreich für Unentschlossene sein. Daneben sind Kooperationen mit Zeitungen, insbesondere den regionalen, ganz wesentlich, sowohl für Vorankündigungen als auch für Rezensionen. Äußerst wichtig ist für mich der im Februar erscheinende Programmfolder, in den ich besonders viel Zeit investiere. Ich schreibe für ihn kleine, prägnante Einführungstexte zu den einzelnen Programmen. Besucher müssen und wollen natürlich genau wissen, was sie buchen. Nicht zu unterschätzen ist dabei gutes und attraktives Bildmaterial. Denn die immer wieder neue

und spannende Herausforderung ist: Wie präsentiere ich dem Publikum ein Konzert? Das alles kostet sehr viel Geld. Der Budgetrahmen für die PR eines Festivals ist für dessen Abwicklung ein sehr zentraler und immer neu zu diskutierender Punkt. ■



Bist du öfter hier?



ANDAUERNDER DURCHFALL?
KRAMPFARTIGE BAUCHSCHMERZEN?
ANHALTENDE GEWICHTSABNAHME?



Darmerkrankungen können
dein Leben einschränken!

Jetzt informieren auf www.darmplus.at
oder www.abbvie-care.at/ced-check

Eine Initiative von:



Mit freundlicher
Unterstützung von:

abbvie

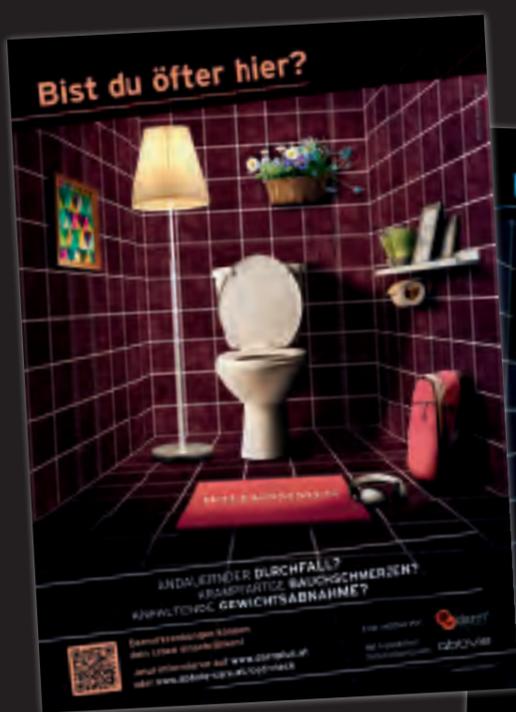
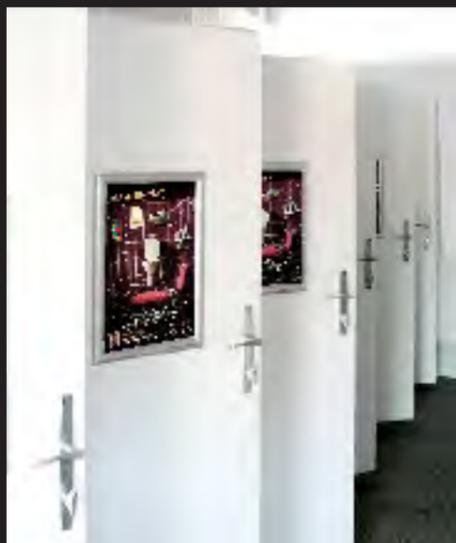
ECHT „FESSELNDE“ ERKRANKUNGEN!

Welldone Werbung und PR schaffen Bewusstsein für chronisch entzündliche Darmerkrankungen.

Ein wirklich prägnantes und aufmerksamkeitsstarkes Sujet entwickelte die Welldone Werbung und PR für die CED Initiative darm plus. Im Rahmen einer Informationskampagne, die von AbbVie unterstützt wird, soll das Bewusstsein vor allem auch der jungen Österreicherinnen und Österreicher für chronisch entzündliche Darmerkrankungen gestärkt werden.

Mit dem Visual einer Toilette, die fast schon zum behaglich eingerichteten Wohnzimmer wird, bekommt das Thema einen sehr emotionalen und dadurch auch persönlichen Zugang. Die Thematik wird dadurch greifbarer und erlebbarer für die junge Zielgruppe. Denn Betroffene sind leider tatsächlich an die Räumlichkeit „gefesselt“, weil sie in Verbindung mit krampfartigen Schmerzen gezwungen werden, sehr viel Zeit auf der Toilette zu verbringen.

Für die Infokampagne wurden Anzeigen und „Sanitary Poster“, sprich Toiletten-Plakate entwickelt. Um die junge Zielgruppe ideal zu erreichen, zierte auch den äußerst beliebten aktuellen Studenten Planner der Raiffeisen ein Sujet dieser Awareness-Kampagne. Ziel der Maßnahmen ist es auch, mögliche Betroffene auf Beschwerden aufmerksam zu machen und das Informationsangebot zu erhöhen, das sie inklusive Selbst-Test auf www.abbvie-care.at oder www.darmplus.at finden können.



Bewusstsein für Sie und Ihn



Credits Welldone Werbung und PR

Creative Director: Kurt Moser
Art Director: Gregor Schabsky-Wernert
Etat-Direktor: Bea Kollmann
Kundenberatung: Natascha Szakusits, MA
Media: Dietmar Pichler, MA

Für mehr Arzneimittelsicherheit: internationales Zusammenspiel und intensive Kommunikation

Hochkarätige Experten diskutierten Ende September im Rahmen eines Pharmig-Academy-Dialogs die Frage, ob Österreich vor gefälschten Arzneimitteln sicher ist. Dem guten Sicherheitsnetz in unserem Land zum Trotz bleibt das Thema ein Dauerbrenner. Probleme durch illegale Aktivitäten im Versandhandel und durch gefälschte Arzneimittel in der legalen Lieferkette ergeben gemeinsamen Handlungsbedarf im niedergelassenen wie auch im Spitalsbereich. Denn es liegt im Interesse aller Marktbeteiligten, das Vertrauen in Medikamente und in das Gesundheitswesen insgesamt auch in Zukunft zu erhalten.

Von Mag. (FH) Martina Dick

Den Einstieg in das Fälschungsthema machte Franz Schwarzenbacher vom Bundeskriminalamt, Büro für organisierte Kriminalität. Er berichtete von den Ergebnissen der SoKo „Vigoral“: Alleine in Österreich konnten 20.000 Paketsendungen mit 300.000 gefälschten Arzneimitteln im Wert von drei Millionen Euro und eine Million noch nicht versandter Tabletten sichergestellt werden. Vertrieben wurden in erster Linie „Lifestyleprodukte“ wie Potenz- und Diätmittel. Die Kunden seien laut Schwarzenbacher vielfach der Meinung gewesen, dass sie rezeptpflichtige Medikamente bei legalen Apotheken im Ausland beziehen würden. Der teilweise höhere Preis als in den heimischen Apotheken hat sie zusätzlich glauben lassen, dass es sich bei den Arzneimitteln um Originale handelt.

„Vigoral“ sichergestellten Arzneimittel stichprobenartig analysiert. Dabei bestätigte sich, dass der Wirkstoffgehalt in keiner einzigen der analysierten Proben der deklarierten Menge entsprach. In 35 von 36 getesteten Potenzmitteln war zu wenig Wirkstoff enthalten. In 22 Fällen davon war der deklarierte Wirkstoff lediglich in Mengen zwischen elf und 57 Prozent (im Schnitt etwa 40 Prozent) vorhanden. In 13 Fällen war er gar nicht bzw. nur in Kombination mit einem anderen Wirkstoff enthalten. „Wir müssen diese Kunden daher warnen, warnen, warnen“, sagte Wirthumer-Hoche in der Diskussionsrunde.

Die umfangreichen Qualitäts- und Prozessleitlinien der Europäischen Kommission (z. B. Good Manufacturing Practice, GMP, und Good Distribution Practice, GDP) rund

Arzneimittels zerstört werden – es ist so nicht mehr erkennbar, ob es sich um ein Originalprodukt handelt. Ein weiteres Problem der Parallelimporte liegt in den oft langen Lieferketten. Gerade bei vielen Flüssigpharmaka muss die Kühlkette vom Hersteller bis zum Patienten lückenlos gewährleistet sein. Wird diese Ware häufig aus- und wieder eingekauft bzw. befindet sie sich nicht permanent in dem vorgeschriebenen gekühlten Umfeld (Kühl-LKW, Kühlräume etc.), so kann die Wirksamkeit der Arzneimittel beeinträchtigen und ein Sicherheitsrisiko für die Patienten darstellen. Kühlware soll daher nur mit gesonderten Kühltransportern, Temperaturmessgeräten in den Versandboxen inkl. lückenloser Aufzeichnungsfunktion transportiert werden.

Hellmut Samonigg, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (OeGHO), verließ seiner begründeten Sorge, dass Fälschungen hochwirksamer Krebsmedikamente in Spitälern auftauchen könnten, Ausdruck. Der Arzt müsse sich „darauf verlassen können, dem Patienten ein richtiges Medikament und keine Fälschung zu verabreichen“. Diese Position wurde von allen Diskutanten mit der Forderung nach mehr übergreifender, lückenloser Kontrolle unterstützt. Diese könne jedoch nicht allein Aufgabe der Behörden sein. Auch aufseiten der Einkäufer gelte es, Kontrollaufgaben wahrzunehmen und auf eine lückenlose Nachvollziehbarkeit der Bezugsquellen zu achten. Sowohl Parallelimporteure als auch Einkäufer der Krankenhäuser müssten sich dieser Verantwortung bewusst sein und beide hätten die Qualität ihrer Lieferanten entsprechend unter die Lupe zu nehmen. Schließlich könne „die AGES nicht in den Griff bekommen, was in Griechenland oder Rumänien passiert“, so Wolfgang Gerold, Senatsrat des KAV und Präsidiumsmitglied der österreichischen Apothekerkammer. Gerold sprach auch die Tatsache an, dass ab 25. Juni 2015 der Versand von Medikamenten für österreichische Apotheken erlaubt sein wird. Er befürchte, dass die Schutzmaßnahmen, die seitens der EU getroffen und in den kommenden Jahren national umgesetzt werden, nicht ausreichend seien. Seine Forderung: eine Verschärfung der rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere „ein Überdenken der geltenden Bestimmungen im Versand- wie auch im Parallelhandel“.

Die Diskussionsteilnehmer in alphabetischer Reihenfolge

- ▶ Sektionschef Prof. Dr. Gerhard AIGNER, Bundesministerium für Gesundheit
- ▶ Senatsrat Mag. pharm. Dr. Wolfgang GEROLD, Wiener Krankenanstaltenverbund
- ▶ Dr. Jan Oliver HUBER, Pharmig Generalsekretär Pharmig
- ▶ Andreas MOHRINGER, Geschäftsleitung EurimPharm & Vorstandsmitglied EAEPK
- ▶ Univ.-Prof. Dr. Hellmut SAMONIGG, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (OeGHO)
- ▶ Franz SCHWARZENBACHER, Bundeskriminalamt, Büro für organisierte Kriminalität
- ▶ DI Dr. Christa WIRTHUMER-HOCHE, AGES Medizinmarktaufsicht
- ▶ Hon.-Prof. Dr. Fritz ZEDER, Justizministerium

Laut Einschätzung des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) sind mehr als 95 Prozent der im Internet vertriebenen Arzneimittel Fälschungen oder Substandard. Ein EU-weit gültiges Sicherheitslogo soll Verbrauchern spätestens ab der zweiten Jahreshälfte 2015 helfen, die Seriosität einer Online-Apotheke zu überprüfen. Ein Link im Sicherheitslogo führt Online-Kunden zu einer zentralen Website der Behörden des jeweiligen Landes. Hier kann geprüft werden, ob die Internet-Apotheke in der Liste mit allen zugelassenen Online-Apotheken und anderen registrierten Arzneimittelhändlern aufscheint. Bei diesen Apotheken können rezeptfreie Arzneimittel legal im Internet bestellt werden.

DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche von der AGES Medizinmarktaufsicht hält grundsätzlich fest, dass Arzneimittelfälschungen und kriminelle Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Online-Versandhandel strikt von den Vorfällen in der legalen Vertriebskette im Spital oder niedergelassenen Bereich zu trennen sind. Im Labor der AGES Medizinmarktaufsicht wurden insgesamt 38 Packungen der von der SoKo

um die Produktion und den Vertrieb von Arzneimitteln, die Genehmigungsrichtlinien für Arzneimittel-Parallelimporteure in den EU-Ländern, die lokale Zulassung von Parallelimporteuren durch die AGES Medizinmarktaufsicht sowie deren lokale Qualitätskontrollen und zu guter Letzt die Kontrollen in heimischen Apotheken und Spitälern verhindern allerdings nicht, dass auch Fälschungen von zum Beispiel Krebsmedikamenten in die legale Lieferkette gelangen können.

Unter anderem bergen Parallelimporte ein hohes Risiko dafür. Der Parallelimport nach Österreich erfolgt im Vorfeld häufig über mehrere Zwischenhändler inklusive Umetikettierungen bzw. Umpackprozessen. Beschriftungen und Packungsbeilagen von Arzneimitteln bzw. deren Verpackung müssen in der jeweiligen Landessprache vorliegen, dies ist gesetzlich vorgegeben. Werden nun Arzneimittel, die für das Land A in dessen Sprache produziert wurden, in das Land B parallelimportiert, so müssen die Beschriftungen, Verpackungen und Packungsbeilagen „umetikettiert und umgepackt“ werden, damit alles in der Sprache des Landes B vorliegt. Dabei können Sicherheitsmerkmale eines

Zum Schutz der legalen Lieferkette (Hersteller, Zwischenhändler, (Anstalts-)Apotheker) legt die europäische Fälschungsrichtlinie die Basis für entsprechende Maßnahmen. Sie setzt dabei an mehreren sensiblen Punkten der Wertschöpfungskette an und verschärft die gesetzlichen Vorgaben. Damit soll die Sicherheit von Arzneimitteln erhöht werden. Es wird ein

EU-weites Datenerfassungssystem installiert, in dem der Weg jeder einzelnen Medikamentenpackung von den Produzenten über die Zwischenhändler zu den Apotheken lückenlos nachverfolgt werden kann. Ende 2017/Anfang 2018 sollte mit den dann neuen Sicherheitsbestimmungen für die Arzneimittelkennzeichnung (Serialisierung, Codierung jeder einzelnen Verpackung rezeptpflichtiger Arzneimittel) EU-weit noch mehr Sicherheit und Transparenz entlang der Bezugs-kette gegeben sein. In diesen

Prozess ist die Industrie maßgeblich eingebunden, die selbst Sicherheitstechnologien in der Arzneimittelherstellung entwickelt (Sicherheitsverpackungen, offene und verdeckte Authentifizierungsmerkmale sowie oben genannte Codierungs- und Identifikationsprozesse für die Außenverpackung).

„Der Arzt müsse sich darauf verlassen können, dem Patienten ein richtiges Medikament und keine Fälschung zu verabreichen.“



v.l.n.r.: Prof. Dr. Robin Rumler, Dr. Gerhard Aigner, Dr. Jan Oliver Huber, Mag. pharm. Dr. Wolfgang Gerold, Univ. Prof. Dr. Hellmut Samonigg, DI Dr. Christa Wirtbumer-Hoche, Hon. Prof. Dr. Fritz Zeder, Franz Schwarzenbacher, Andreas Mohringer

Arzneimittelsicherheit habe für die pharmazeutische Industrie oberste Priorität, betonte Dr. Jan Oliver Huber von der Pharmig. In Österreich arbeiten Vertreter der Industrie, des Großhandels und der Apotheken intensiv an einer effizienten und effektiven Umsetzung der EU-Vorgaben auf nationaler Ebene. Der Weg legaler Medikamente wird dann in ganz Europa nachvollziehbar und der legale Vertriebsweg für Arzneimittel sicherer sein.

Als sinnvoll bezeichneten die Diskussionsteilnehmer die Einrichtung einer Informationsplattform, auf der alle Marktbeteiligten – Hersteller, Behörden und Apotheker ebenso wie Großhändler oder Parallelimporteure – Beobachtungen über Verdachtsfälle illegaler Aktivitäten melden könnten. Dies würde die Arbeit der Kriminalpolizei erleichtern. ■

Rechtliche Sicht der Dinge

Der Einkauf von gefälschten Arzneimitteln und deren Abgabe an Patienten sind nach zivil- und strafrechtlichen Gesichtspunkten zu beurteilen:

Kurzzusammenfassung der zivilrechtlichen Verantwortlichkeit

Zunächst haben die betroffenen Krankenhausträger das Risiko der Haftung für Nachteile von Patienten aufgrund des Verabreichens von Fälschungen. Erheblich höher ist dieses Risiko, wenn nach dem Bekanntwerden der Fälschungen keine ausreichenden Maßnahmen ergriffen werden, die sicherstellen, dass keine Fälschungen an den Patienten verabreicht wurden bzw. dass dann, wenn der begründete Verdacht besteht, dass das doch passiert ist, ausreichende Abhilfe zur Verfügung gestellt wird. In diesem Fall ist nämlich – bei Eintritt eines Schadens bei einem Patienten – von vorsätzlichem Handeln auszugehen.

Dazu kommt noch, dass sich die Krankenhausträger – obwohl formal keine Beweislastumkehr besteht – faktisch „freibeweisen“ müssen, was bei komplexen medizinischen Vorgängen äußerst schwierig ist. Die Folgen so einer Haftung können finanziell empfindlich sein, insbesondere beim sekundären Behandlungsfehler, weil – wie bereits erwähnt – Vorsatz bei den meisten Haftpflichtversicherungen einen Deckungsausschluss mit sich bringt.

Überblicksmäßige Zusammenfassung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit

Fahrlässigkeit / Vorsatz / Beteiligung:

Strafbar ist grundsätzlich nur vorsätzliches Handeln (Unterlassen), außer das Gesetz ordnet ausdrücklich (auch) die Strafbarkeit von fahrlässigem Handeln an (§ 7 Abs. 1 StGB).

Tatbestände nach StGB:

► Fahrlässige Tötung (§ 80 StGB), unter besonders gefährlichen Verhältnissen (§ 81 StGB), fahrlässige Körperverletzung (§ 88 StGB)

► (Schwere) Körperverletzung (§ 83, 84 StGB), mit Dauerfolgen (§ 85 StGB) bzw. mit Todesfolge (§ 86 StGB)

► Gefährdung der körperlichen Sicherheit (§ 89 StGB)

► Inverkehrbringen von gefälschten Arzneimitteln (§ 82b Abs. 2–4, 6 AMG)

► Korruptionsstrafrecht (§§ 304–306 StGB)

Alle oben angeführten Tatbestände können grundsätzlich auch zu einer Strafbarkeit der Krankenanstaltenträger selbst nach dem Verbandsverantwortlichkeitsgesetz (VbVG) führen.

Dr. Wilhelm Marhold: Der ehemalige Generaldirektor des Wiener Krankenanstaltenverbands gewährt Einblicke in seinen Werdegang

Von Maximilian Kunz, MAS, MBA

P: Sie können auf eine beeindruckende Karriere zurückblicken. Was führte Sie in die Medizin und was waren die Meilensteine Ihres Werdegangs?

Marhold: Ich habe mit vierzehn Jahren beschlossen, Arzt zu werden, und kann mich nicht daran erinnern, je etwas anderes machen zu wollen. Als Sohn eines Verwaltungsjuristen war es letztlich mein Onkel, der als Lungenfacharzt schon in meiner Kindheit den entscheidenden Denkanstoß lieferte. Die Anatomie und die Morphologie des Menschen faszinierten mich seit jeher. Mein erster Professor an der Universität und späterer Chef war der Universitätsprofessor für Anatomie und Nationalratsabgeordnete Dr. Alfred Gisel, der mich als Assistent einstellte und schließlich förderte. Nach zehn Jahren Studienzeit folgte die Promotion. In einem Gemeindespital zu arbeiten war immer mein Ziel, und da es damals keine Wartezeit auf einen Arbeitsplatz bei der Stadt Wien gab, sah ich mich in diesem Wunsch bestätigt. Ich startete an der Pathologie im KH Hietzing, anschließend folgte die Facharztusbildung bei Univ.-Prof. Dr. Leodolter, mit dem ich übrigens auch eine Publikation über die Doppler-Sonografie, die ja heute weitestgehend etabliert ist, veröffentlichte, am KH Lainz. Damals war ich auch Vorsitzender der Personalvertretung und Präsidialreferent für Spitalsärzte in der Ärztekammer für Wien. Eines Tages ist mir eine neu zu besetzende Oberarztstelle in der Gynäkologie an der Rudolfstiftung aufgefallen, für welche ich mich schließlich bewarb. 1988 wechselte ich als Oberarzt an die Rudolfstiftung und 1997 folgte die Bestellung zum ärztlichen Direktor. Trotz großer Freude an dieser Aufgabe hätte ich die Medizin niemals für eine ausschließliche Managementfunktion aufgegeben. Meine Zielsetzung galt der Schaffung von Strukturen, die eine Verbesserung für die Menschen zur Folge hatten. Beispielsweise der Ausbau der Sonderklasse, wenn auch wirtschaftlich relevant, war mir niemals ein so gewichtiges Anliegen wie die Erhöhung des Allgemeinstandards. Freilich gehen beide Punkte in der Praxis Hand in Hand. Spitalsarzt wollte ich immer schon sein – nicht zuletzt, weil die Wiener Spitäler ausgezeichnet sind. Dennoch gründete ich später eine Privatordination, die ich bis heute mit großer Freude und Engagement führe.

P: Wie bewerten Sie die Situation, wenn ein Spitalsarzt zusätzlich eine Privatordination betreibt, und was sagen Sie zur Korruptionsdebatte im Gesundheitswesen?

Marhold: Warum laufend auf Spitalsärzte mit Privatordination losgegangen wird, kann ich kaum nachvollziehen. Gerade aufgrund

des stärker werdenden Ärztemangels sind uns diese doch eine entscheidende Unterstützung bei der Bewältigung der vorhandenen Versorgungsgänge. Über einen Zeitraum von sicherlich zwanzig Jahren erlebte ich keinen einzigen Fall einer konkreten Anzeige wegen Korruption. Unsere eigentliche Aufgabe ist es, darauf zu achten, dass die Versorgungssicherheit so weit gewährleistet ist, dass kein Mensch glaubt, er müsse etwas geben oder nehmen, damit eine gewisse Leistung erbracht wird. Dazu bedarf es einer ausgefeilten Kontrolle wie beispielsweise bei der Vergabe von Terminen. Den Spitalsärzten die Privatordinationen wegzunehmen sehe ich hier nicht als treffsicheren Lösungsansatz.

P: Wie zeichnen Sie Ihren Werdegang aus politischer Sicht?

Marhold: Schon als Student begann meine kritische Auseinandersetzung mit dem heimischen Gesundheitswesen und so wurde mein Interesse an den politischen und gesellschaftspolitischen Zusammenhängen im Gesundheitssystem geweckt. Damals war ich Mitglied im Verband sozialistischer StudentInnen Österreichs (VSSÖ), gründete in diesem Rahmen die Gruppe „Medizin“ und wurde später deren Vorsitzender. Als Jugendlicher in einer politischen Organisation habe ich sehr viel über gesellschaftliche Zusammenhänge und Verhandlungsführung gelernt. Zudem lernte ich, was mir später sicherlich zu Gute kam, wie man sich eine Mehrheit verschafft. Es begann – wenn auch zunächst auf unbewusster Ebene – der Aufbau eines Netzwerks. Die Medizin und

die politische sowie die standespolitische Arbeit waren für mich nie ein Gegensatz. Als mein Engagement bei der Gewerkschaft der Gemeindebediensteten startete, achtete ich immer darauf, ausgezeichnete Mediziner als Ärztfunktionäre zu gewinnen. Ich bewahrte mir zu jedem Zeitpunkt den Luxus eines eigenen Denkers, und so stand medizinisches Know-how – ganz im Sinne des Patienten – für mich immer an oberster Stelle. Ich wurde übrigens – wie schon erwähnt – auch Ärztekammerfunktionär für Spitalsärzte und Präsidialreferent in der Ärztekammer für Wien. Als Gewerkschafter lernte ich den Magistrat in seiner ganzen Beschaffenheit kennen, war

im Rathaus präsent und kam zwangsläufig mit vielen Entscheidungsträgern ins Gespräch. Die Mechanismen einer Stadtverwaltung sind vielschichtig und komplex. Dieses System, das unter BM Häupl stark von reiner Verwaltung in Richtung eines modernen Managements weiterentwickelt wurde, muss man verstehen. Die Themen im Gesundheitswesen sind meist viel zu komplex, als dass man sie mit banalen Antworten unterlegen könnte. Man muss sehr viel wissen und das System der medizinischen Versorgung gut kennen. Die Summe aus politischer Jugendarbeit, dem Engagement in der Gewerkschaft, meiner Ausbildung und meinem beruflich schon mit einiger Führungserfahrung ausgestatteten Werdegang brachte mich schließlich dazu, eine Bewerbung als Generaldirektor des Wiener Krankenanstaltenverbands abzugeben und im Auswahlverfahren gelang es mir, mich gegen mehrere Dutzend Bewerber durchzusetzen.

P: Es gab also viele verschiedene Anforderungen in Ihrem Leben. Was waren Ihre wichtigsten Kompetenzen bei deren Bewältigung und wo sehen Sie die Parallelen in diesen eigentlich sehr unterschiedlichen Karriereschritten?

Marhold: Das Wichtigste ist sicherlich als Arzt die Liebe zu den Menschen und als Manager zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Darüber hinaus muss man Geduld haben, gelegentlich verzeihen können und Phasen der Frustration überstehen. Allem voran muss man aber analytisch-strategisch denken können und Fachwissen aus allen relevanten Bereichen mitbringen.

P: Wie sehen Sie die Spitalsreform und welchen Einfluss haben Sie darauf genommen?

Marhold: In der relativ kurzen Zeit gemeinsam mit Vizebürgermeisterin Brauner konnte ich den Grundstein zur Wiener Spitalsreform – und damit für die Konzentration der Standorte sowie die Leistungskonzentration an den Standorten – legen. Mit der Ausformulierung als inhaltliches Spitalskonzept 2030, dem Geriatriekonzept und dem Begriff „6 plus 1“ zur Standortentwicklung der Wiener Gemeindespitäler hat Stadträtin Wehsely enorm Fahrt aufgenommen. Schon damals sah ich im KH Nord die Lokomotive für die Erneuerung der Wiener Spitalslandschaft. Ein besonderes Anliegen dabei war es mir, die Leistungskonzentration durch Verlagerung und Straffung von Kompetenzen und nicht durch Vernichtung von Versorgung zu forcieren. Menschen, die sich für einen Weg im Bereich der Gesundheits- und Sozialberufe entschieden haben, haben eine so hohe intrinsische Motivation, dass man ihre Leistung gar nicht hoch genug bewerten kann. Diese Erkenntnis muss man als Führungskraft bei jeder Gelegenheit und vor allem im Veränderungsprozess und dem damit so wichtigen kommunikativen Management authentisch überbringen. Bei der Spitalsreform entwickelte sich übrigens alles so wie ursprünglich geplant – also ohne unerwartete Überraschungen. Welchen unmittelbaren Einfluss für Reformen in anderen Bereichen ich nehmen konnte, kommt etwa bei der Dialyse GmbH zum Vorschein. Damals war die epidemiologische Entwicklung durch eine steigende Zahl von Diabetikern und somit dialysepflichtigen Patientinnen und Patienten bereits stark angespannt. Hier ist es mir – gemeinsam mit dem damaligen Obmann der Wiener Gebietskrankenkasse Franz Bittner – innerhalb kürzester Zeit gelungen, den Bau des bereits in Betrieb gegangenen Dialysezentrums zu beschließen.

„Ich habe mit vierzehn Jahren beschlossen, Arzt zu werden, und kann mich nicht daran erinnern, je etwas anderes machen zu wollen.“



P: Sie klingen noch voller Energie und Empathie. Wie sieht Ihre berufliche Zukunft aus, gibt es besondere Pläne?

Marhold: Die vielbewegten Jahre sind an meiner eigenen Gesundheit nicht spurlos vorübergegangen. Ich konnte nur knapp einem insulinpflichtigen Diabetes entgehen, und so lag die Entscheidung, mein Leben zu verlangsamen und die Lebensumstände neu auszurichten, auf der Hand. Diese Entscheidung ging gesundheitlich für mich auf, meine Gesundheit hat sich bereits deutlich gebessert. Meine Ordination betreibe ich natürlich weiterhin und auch Operationen und Geburten stehen an der Tagesordnung. Die Gesundheit der Neugeborenen und das Wohl meiner Patientinnen waren für mich immer der gewichtigste Antrieb in all meinen Entscheidungen. Heute kann ich mich darauf wieder vollends konzentrieren. Dabei profitiere ich von der langjährigen, aktuell gehaltenen Erfahrung als Spitaloberarzt und Spitaldirektor – ganz ohne den enormen Druck, ein großes Unternehmen zu führen.

Natürlich bin ich nach wie vor daran interessiert, an der Entwicklung zur laufenden Verbesserung der österreichischen Gesundheitslandschaft aktiv mitzuwirken. Deshalb freue ich mich darauf, in Zukunft an ausgewählten, inhaltlich gesundheitspolitisch wirksamen Projekten in Kooperation mit der PERI Group

mitzuwirken, und stelle mein Know-how in Abstimmung mit meinen bestehenden Verpflichtungen in diesem Rahmen gerne zur Verfügung. Auch aus der Überzeugung heraus, dass man komplexen Aufgabenstellungen am besten mit kompetent erdachten und umfassend realisierten Lösungen begegnen kann. ■

BioBox:

Dr. med. Wilhelm Marhold wurde 1953 in Wien geboren und studierte Medizin, Publizistik und Politikwissenschaften an der Universität Wien. Zudem absolvierte er den Universitätslehrgang an der Wirtschaftsuniversität Wien mit dem Diplom zum akademisch geprüften Krankenhausmanager. Seit 1988 ist er als Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe tätig und noch im selben Jahr wurde er Oberarzt an der Gynäkologisch-Geburtshilflichen Abteilung der Krankenanstalt Rudolfstiftung, zu deren ärztlichem Direktor er 1997 bestellt wurde. Zwischen 2005 und 2014 fungierte Dr. Marhold als Generaldirektor des Wiener Krankenanstaltenverbands (KAV) und war als solcher u. a. für die Wiener Spitalsreform sowie für die Planung und Umsetzung der ersten wichtigen Reformschritte verantwortlich.

DR. MED. WILHELM MARHOLD
ehemaliger Generaldirektor des
Wiener Krankenanstaltenverbands

goldener Oktober

45. Welldone Lounge

Am 29. Oktober zelebrierten die Welldone Werbung und PR GmbH und die PERI Group den „Goldenen Herbst“ in den Wiener Sofiensälen. Das Motto des Abends: „Reden ist Silber, Feiern ist Gold“. Die prachtvollen Sofiensäle lieferten den Rahmen für eine Welldone Lounge mit anregenden Themen, spannenden Gedanken und faszinierenden Ausblicken. Vertreter aus Politik, Wirtschaft und dem österreichischen Gesundheitswesen genossen einen atemberaubenden Abend in bester Gesellschaft. Dr. Sabine Oberhauser, MAS, Bundesministerin für Gesundheit, leitete ihn mit ihrer Keynote ein.

Mehr als 400 geladene Gäste folgten der Einladung von Robert Riedl zur 45. Welldone Lounge in den prunkvollen Festsaal der Sofiensäle in Wien. Diese wurden bereits im 19. Jahrhundert erbaut und im vergangenen Jahr – nach einer umfassenden Generalsanierung – wieder eröffnet. Nach der Begrüßung durch Robert Riedl und Mag. (FH) Birgit Bernhard, welche die zahlreich erschienenen Gäste in Empfang nahmen und auf einen interessanten Abend – ganz im Zeichen von Gesundheit und Networking – einstimmten, spannte die Bundesministerin für Gesundheit, Dr. Sabine Oberhauser, MAS, im Rahmen ihres Impulsreferats einen umfassenden Bogen über die aktuellen Themen auf Bundesebene.

Dabei sprach sie die Gesundheitsreform, die elektronische Gesundheitsakte (ELGA), das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz, die Raucherproblematik und – aus aktuellem Anlass – die Ansteckungsgefahr durch die Viruserkrankungen Ebola und MERS an. Neben dem guten Vorankommen des Primary-Health-Care-Systems machte sie aber auch auf die Abwanderungsproblematik junger Ärztinnen und Ärzte aufmerksam und betonte, dass das österreichische Gesundheitssystem für Patienten – ebenso wie für Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegepersonal – attraktiver gestaltet werden müsse: „Ein Mehr an Zeit des Arztes für den Patienten kann letztlich nur erzielt werden, wenn jede Berufsgruppe im Gesundheitssystem genau das macht, wozu sie ausgebildet wurde. Das brächte generell eine Verbesserung in Form einer Effizienzsteigerung in der medizinischen Versorgung Österreichs“, so Gesundheitsministerin Oberhauser. Zuletzt verwies sie auf bereits erfolgreich abgeschlossene Projekte wie beispielsweise das neue Ärztesgesetz und gab damit dem aufmerksam zuhörenden Publikum zahlreiche Denkanstöße, die es in gut gelaunter Stimmung diskutieren konnte.



01_Franz Hohensinner/Takeda Pharma, Georg Wager/Eisai, Manuel Reiberg/Daiichi Sankyo, Andreas Wiegand/Mitsubishi Tanabe, Robert Verner/Daiichi Sankyo 02_Michael Elnekheli/Berufsverband Österreichischer Gynäkologen, Tina Theurer/first pharma, Sabine Schmaldienst/GÖG, Wolfgang Jank/first pharma 03_Ernst Wolner/MedUni Wien,



Artur Wechselberger/ÖÄK 04_Franz Hohensinner/Takeda Pharma, Andreas Wiegand/Mitsubishi Pharma Deutschland 05_Barbara Maier/Hanusch-Krankenhaus, Klaus Vavrik/Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit 06_Thomas Reindl/Wiener Landtag, Ingrid Korosec/Wiener Landtag, Elisabeth Dworak, Bernhard Dworak/Wiener Landtag 07_Hanns Kratzer/PERI Consulting, Sabine Oberhauser/BMG, Robert Riedl/PERI Group 08_Vera Brandes/Sanason, Antonia Feiks/Sanason 09_Gabriele Rafferseder/Mitsubishi Tanabe 10_Astrid Strohmeyer/Takeda, Brigitta Dampier/Clinical Research Consulting, Claus Burger/Takeda Pharma 11_Martina Dick, Maximilian Kunz/Welldone, Bernhard Hattinger/PERI Marketing & Sales 12_Karl-Heinz Neuherz/Baxter, Thomas Hornof/WGKKI 13_Alexander Müller-Vonderlind/Amgen, Alexander Barousch/Pfizer 14_Artur Wechselberger/ÖÄK, Peter McDonald/HVB 15_Monika Kurzel, Martha Bousek/GlaxoSmithKline Pharma GmbH, Hanns Kratzer/PERI Consulting, Brigitte Engin-Deniz 16_Hanni Nöbauer/MedMedia, Leopold-Michael Marzi/WKAV 17_Diana Ettenauer-Reiter/Fonds Soziales Wien 18_Ulrike Braumüller/ Verband der

Versicherungsunternehmen Österreichs, Sabine Oberhauser/Bundesministerium für Gesundheit, Theres Philippi/ELGA 19_Sabine Oberhauser/BMG, Robert Riedl/PERI Group, Sylvia Schwarz/Oberster Sanitätsrat 20_Robert Riedl/PERI Group 21_Birgit Bernhard/Welldone 22_Hanns Kratzer/PERI Consulting 23_Publikum 24_Sabine Oberhauser/BMG 25_Peter Schwarz/LEO Pharma 26_Sepp und Anita Rieder 27_Sylvia Unterdorfer/ORF, Brigitte Engin-Deniz, Monika Kurzel 28_Beatrice Kollmann/Welldone, Carina Brandl/AbbVie, Alina Knapp/AbbVie, Karin Lüdemann/AbbVie 29_Birgit Bernhard/Welldone, Sabine Oberhauser/BMG, Robert Riedl/PERI Group 30_Sabine Oberhauser/BMG, Robert Riedl/PERI Group, Michael Bulla/Danubemed 31_Petra Burger/Coca Cola, Katrin Beste/Danone, Birgit Bernhard/Welldone, Maximilian Bernhard/WWLA 32_Hartmut Pelinka, Rudolf Müller/PVA, Heinz Weber 33_Manfred Maier/MedUni Wien, Franz Bittner/Ärzttekammer für Wien





34_Christa Wirthumer-Hoche/AGES, Alexander Barousch/Pfizer 35_Helmut Viernstein/PTB Vienna, Corinna Prinz-Stremitzer/Bahnhof Apotheke, Erika Sander/IMS Health, Christoph Baumgärtel/AGES 36_Christian Spiss/Wiener Privatklinik, Franz Hohensinner/Takeda Pharma 37_Susanne Herbek/ELGA, Erich Laminger/Laminger Management Kreativ 38_Martin Stickler/ÖÄK, Markus Stickler/PERI Consulting 39_Christian Krebs/VKMB, Ludwig Bichler/VAMED AG, Saša Djordjević/VAMED-KMB, Andrea Poisinger/la pura, Gerhard Gucher/VMS, Sandra Gneist/VAMED 40_Thomas Veitschegger/Österr. Apothekerverband, Sissy Alphart/Novartis Pharma 41_Christoph Klaus/Schülke & Mayr, Ojan Assadian/ÖGKH 42_Wolfgang Wacek/Sanova, Jan Oliver Huber/Pharmig, Martin Spatz/Ratiopharm, Heinrich Burggasser 43_Andrea Geiger, Martin Staudinger/BMASK 44_Thomas Kiss/VKMB, Gottfried Koos/VAMED AG, Sandra Böhm/MediWound, Lars-Peter Kamolz/Meduni Graz 45_Ingrid Kuhn/IK-Med, Wolfgang Winkler/Stada 46_Stefanie Lakovits, Natascha Szakusits/Welldone, Carina Brandl/AbbVie 47_Johannes Angerer/MedUni Wien, Andreas Lexer 48_Ernst Wolner, Hanns Kratzer/PERI Consulting, Ernst Wastler/VAMED AG, Robert Riedl/PERI Group 49_Andrea Gesierich/PERI Marketing &

Sales, Patrick Hauptmann/PERI Business Development, Lisa Marie Römer/PERI Marketing & Sales, Nina Bennett/Welldone, Maximilian Kunz/Welldone 50_Reinhold Glehr/ÖGAM, Ines Czásny/GÖG, Hanns Kratzer/PERI Consulting 51_Gernot Spanninger/BMG 52_Robert Riedl/PERI Group, Michael Bulla/Danubemed 53_Günther Berger/AUVA, Barbara Berger/AUVA, Roland Zobl/AUVA, Sandra Wiest/AUVA 54_Ulrike Mursch-Edlmayr/OÖ Apothekerkammer, Jan Oliver Huber/Pharmig 55_Siegfried Faber/MSD, Martina Steindl/Kwizda Pharma 56_Gertraud Eckart/MSD, Fabian Waechter/Pfizer Corporation Austria, Peter Mikl/Sanofi-Aventis, Veronika Mikl/Roche 57_Karl-Heinz Neuherz/Baxter, Martin Schaffenrath/HVB, Bernhard Zinner/Baxter, Brigitte Wanggo



58_Marie-Christine Bösendorfer/PERI Consulting, Anna-Lena Kollos/PERI Marketing & Sales, Andrea Gesierich/PERI Consulting 59_Martin Auinger/ÖGN, Gertraud Auinger-Oberzaucher, Alexander Rosenkranz/ÖGN, Sabine Schmalldienst/ÖGN 60_Max Wellan/Österr. Apothekerkammer, Ursula Wiedermann-Schmidt/MedUni Wien 61_Peter Dal-Bianco/MedUni Wien, Kerstin Röska/Nutricia, Andreas Walter/Geriatriezentrum am Wienerwald 62_Robert Riedl/PERI Group, Barbara Maier/Hanusch-Krankenhaus, Ursula Wiedermann-Schmidt/MedUni Wien, Ernst Wastler/VAMED AG, Gerhard Gucher/VMS, Gottfried Koos/VAMED AG, Ernst Wolner 63_Heinrich Burggasser, Klaus Vavrik/Österr. Liga für Kinder- und Jugendgesundheits, Ingrid Wallner/Plattform Elterngesundheit, Christian Husek/Initiative Elga, Erich Laminger/Laminger Management Kreativ 64_Martin Staudinger/BMASK, Gertraud Eckart/MSD, Norbert Van Rooij/Grünenthal, Andrea Geiger 65_Ludwig Bichler/VAMED AG, Robert Riedl/PERI Group 66_Theresa Fend/Welldone, Saša Djordjević/VAMED-KMB, Ariane Stefan/Welldone 67_Verena Licht/Pharmig, Peter Richter/Pharmig, Karin Schneck/Welldone, Maximilian Kunz/Welldone 68_Robert Riedl/PERI Group, Manuel Reiberg/Daiichi Sankyo, Ulrike Mursch-Edlmayr/Apothekerkammer OÖ, Robert Palmethofer/

Takeda Pharma, Helmut Viernstein/PTB Vienna 69_Andreas Pink/BMF, Katharina Pink/Verband der Privatkrankenanstalten Österreichs, Werner Fischl/PremiQaMed, Ferdinand Felix/HVB 70_Monika Peretz/Update Europe, Marcus Müllner/PERI Change, Benjamin Riedl/Welldone 71_Karl-Heinz Neuherz/Baxter, Thomas Stefenelli/SMZ Ost, Martin Schaffenrath/HVB, Sabine Schmalldienst/ÖGN, Wolfgang Gerold/Österr. Apothekerkammer 72_Klaus Schuster/NÖGUS, Bernhard Kadlec/Landesklinikum St. Pölten, Andreas Reifschneider/NÖLKH 73_Robert Riedl/PERI Group, Norbert Van Rooij/Grünenthal 74_Alexander Cadlet/Welldone, Patrick Hauptmann/PERI Business Development, Dietmar Pichler/Welldone, Kurt Moser/Welldone 75_Florian Thür/Welldone, Gregor Schabsky-Wernert/Welldone 76_Robert Riedl/PERI Group, Michael Huber, Sonja Christoffers/Mundipharma, Irene Schwarz/Mundipharma 77_Thomas Veitschegger/Österr. Apothekerverband, Ulrike Mursch-Edlmayr/OÖ Apothekerkammer Wolfgang Gerold/Österr. Apothekerkammer 78_Bernhard Zinner/Baxter, Barbara Sponer/Celgene, Robert Riedl/PERI Group 79_Martha Bousek/GlaxoSmithKline, Hedwig Wölfl/Berufsverband Österr. Psychologinnen, Gabriele Fischer/MedUni Wien





Fotocredits: Foto Fayer, iStockphoto

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

Langer Tag des Darms

veranstaltet von darm plus



Die Ergebnisse einer Marktforschung aus dem Frühjahr 2014 legen dar, dass umfassende Aufklärungsarbeit zu Themen wie Ernährung, Verdauung und chronischen Darmerkrankungen nach wie vor notwendig ist. Aus diesem Grund veranstaltet der Verein darm plus für Betroffene, Patienten, Mediziner, Medien sowie für alle am Thema Interessierten den öffentlichen „Langer Tag des Darms“.

13. Juni 2015 – ganztägig, Museumquartier

Geplant sind interaktive Stationen, Vorträge, Informationsstände, Medienarbeit uvm.

Sponsoren haben mehrere Möglichkeiten durch eine finanzielle Unterstützung am „Langer Tag des Darms“ präsent zu sein.

- Logopräsenz auf diversen Ankündigungsmedien (Banner, Flyer, etc.)
- Logopräsenz im Programmheft
- Firmen- und Logopräsenz am Veranstaltungsort (Screens, RollUps, Ausstellungsstand etc.)
- Sponsoring eines Fachvortrags etc.

Sollten Sie grundsätzliches Interesse an einem Sponsoring haben, können Sie jetzt schon eine unverbindliche Anfrage an office@darmplus.at stellen und laufend weitere Informationen zum „Langer Tag des Darms“ erhalten.