

periskop

Nr. 64
Juni 2015

HINTERGRÜNDE. INTERVIEWS. INFORMATIONEN.

Ein Rundblick durch die Bereiche Gesundheit, Gesellschaft und Politik.

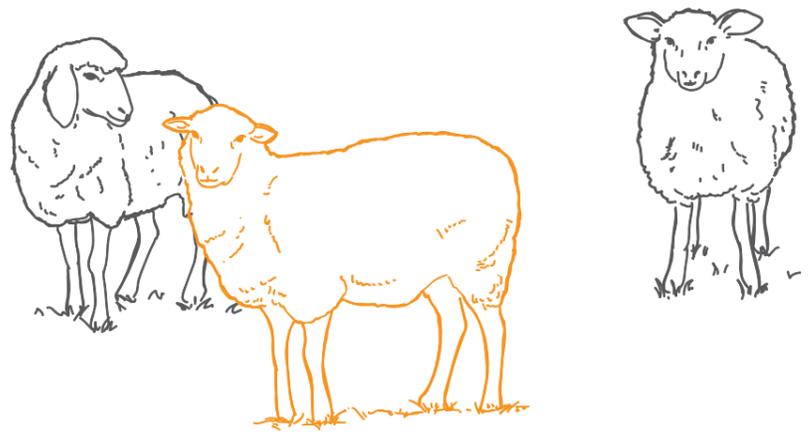
»Allein die unbezahlten Überstunden ergäben 33.000 Jobs«

Arbeiterkammer-Präsident Rudi Kaske
über die Zukunft der Arbeit

GENERATIONENWECHSEL ERFORDERT NEUEN MINDSET

Univ.-Prof. Dr. Markus Müller
Designierter Rektor der MedUni Wien

»ES WIRD A WEIN SEIN . . .« von Dr. Armin Fidler
Kolumne AF 360° Globale Perspektiven für Österreich



Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

im Mittelpunkt der aktuellen Coverstory mit Arbeiterkammer-Präsident Rudi Kaske steht die Zukunft der Arbeit. Dabei werden Fragen wie jene zur Beschäftigungspolitik älterer Menschen, der Einfluss des Freihandelsabkommens TTIP und die Herausforderungen am Arbeitsmarkt für künftige Generationen aufgegriffen. Seit letztem November ist Univ.-Prof. Dr. Udo Janßen Generaldirektor des Krankenanstaltenverbundes (KAV). Als Nachfolger von Dr. Wilhelm Marhold spricht er über das Wiener Spitalskonzept 2030, seine Sicht der Trennung zwischen stationärem und niedergelassenem Bereich und die Unterschiede zwischen dem deutschen und dem österreichischen Gesundheitssystem.

Macht Wissen krank? Fakt ist: Je höher der Bildungsgrad, desto ausgeprägter ist hierzulande die Impfskepsis. Die Leiterin der Sektion für öffentliche Gesundheit und medizinische Angelegenheiten im Bundesministerium für Gesundheit, Univ.-Doz. Dr. Pamela Rendi-Wagner, ist für sämtliche Impfangelegenheiten im Gesundheitsministerium zuständig. Sie hinterfragt die Impfskepsis der Österreicher und gibt Einblicke in den heimischen Ebola-Krisenplan.

Als Mitglied des Obersten Sanitätsrates und Direktor der Universitätsklinik für Herzchirurgie an der MedUni Innsbruck ist Univ.-Prof. Dr. Michael Grimm nicht nur erfahrener Herzchirurg, sondern kennt das Gesundheitssystem wie kaum ein anderer. Mit uns spricht er über den Status quo der Gesundheitsreform und die künftigen Herausforderungen

im Gesundheitssystem. BURN-OUT! Der ärztliche Direktor des neu eröffneten Therapiezentrums Justuspark der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter in Bad Hall, Prim. Dr. Bernd Reininghaus, hat alle Antworten zu diesem Thema und gibt Aufschluss über Krankheitsbild, Vorbeugungsmaßnahmen und mögliche Therapien. In der neuen PERISKOP-Kolumne 360° thematisiert Dr. Armin Fidler Österreichs Spitzenplatz, wenn es um Alkoholkonsum geht.

Vergangenen April feierte das Europäische Forum Alpbach 70. Jubiläum. Was 1945 auf einer Wiese begann, wuchs zweifelsfrei zu einer Institution von Weltformat heran. Sehen Sie eine Zusammenfassung der Jubiläumsfeier, die am 21. April im Museum Angewandter Kunst (MAK) in Wien über die Bühne ging. Das Auftreten von Keimen bei Infektionskrankheiten hat in der Regel den Einsatz von Antibiotika zur Folge. Wie sich die Situation der Antibiotikaresistenz intramural darstellt und wie die Hygienestandards in Österreichs Spitälern aussehen, das sind einige der Fragen, die Mag. Martin Schaffenrath als Vorsitzender im Verbandsvorstand im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger beantwortet.

Die Welldone Essentials beschäftigen sich in dieser Ausgabe mit den Chancen der digitalen Kommunikation und der Erreichbarkeit von Arzt und Apotheker im Web. Darüber hinaus erklärt Agenturleiterin Birgit Bernhard den in letzter Zeit eingetretenen Paradigmenwechsel in der Handhabung der Kommunikation 50plus.

Nach Mondsee zog das interdisziplinär ausgerichtete Programm der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkranken (ÖGABS) viele namhafte Experten und Teilnehmer auf dem Gebiet der Substitutionsbehandlung. Der Vorsitzende der ÖGABS, Univ.-Prof. Dr. Alfred Springer, fasst die wichtigsten Trends zusammen. Im Oktober wechselt der aktuelle Vizerektor für Forschung der MedUni Wien in die Position des Rektors. Das PERISKOP sprach mit Markus Müller über Generationenwechsel, die Finanzierung von Forschung, regulatorische Voraussetzungen und die nötige Differenzierung zwischen MedUni Wien und AKH.

Übrigens: Von 3. bis 5. Juni fand der 56. Österreichische Chirurgenkongress in Linz statt. Mehr dazu und zum Hintergrundgespräch mit dem Titel „Quo vadis? Können Chirurgen mehr als Schneiden“ lesen Sie ebenfalls im Blattinneren. Auch einen spannenden Bericht über das 9. Nephrologie-Symposium in Schladming möchten wir Ihnen nicht vorenthalten.

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

PERI Business Development

Letztes Jahr wurden die Gipfelgespräche auf der Alten Schafalm in Alpbach erfolgreich gestartet, der Club „Freunde der Schafalm“ vereint heute bereits die gesundheitspolitische Elite Österreichs. Auch im Sommer 2015 wird die Alpbacher Schafalm wieder Treffpunkt des informellen Austausches und der versorgungspolitischen Diskussion sein, begleitet von Medienkooperationen innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems. Der Themenbogen wird sich dabei von gelebter Netzwerkbildung über den Umgang mit chronischen Erkrankungen bis hin zu sozialpolitisch brisanten Herausforderungen spannen.

PERI Change

Untersuchungen bestätigen: Österreich zählt zu den Ländern mit der weltweit besten Versorgung von Krebserkrankungen: In kaum einem anderen Land haben onkologische Patienten so raschen und niederschweligen Zugang zu effektiven, innovativen Therapien. Und in kaum einem anderen Land sind die Überlebensraten höher als in Österreich! Eine interdisziplinäre Expertengruppe hat sich aus ethischer, ökonomischer und struktureller Perspektive mit der Frage befasst, wie dieser hohe Standard gehalten und nach Möglichkeit weiter ausgebaut werden kann. Antworten darauf werden in Form strategischer Empfehlungen gegeben.

PERI Consulting

Die zentrale Rolle des Darms für Gesundheit und Wohlbefinden tritt zunehmend ins öffentliche Bewusstsein. Ausbruch und Verlauf zahlreicher Erkrankungen hängen unmittelbar mit dem Geschehen im Darm und seinem Mikrobiom zusammen. Informationen dazu wurden erstmals beim Langen Tag des Darms in Wien einem breiten Publikum aus Betroffenen, Patienten, Mediziner, Medien sowie allen am Thema Interessierten angeboten. Fachvorträge, Aussteller und Selbsthilfegruppen sowie interaktive Stationen boten die Möglichkeit, mehr über ein oftmals schwer „durchschaubares“ Organ zu erfahren.

PERI Marketing & Sales

Den ersten Erfolg in der Umsetzung feierte das Versorgungskonzept Niere 60/20 mit der Aufnahme in den steirischen Landeszielsteuerungsvertrag. Im Rahmen des 9. Nephrologie Symposiums 2015 in Schladming wurden die Relevanz von Früherkennung und strukturierter Versorgung chronischer Nierenerkrankungen betont und der aktuelle politische Status diskutiert. Was mit der Unterstützung des Landes Steiermark bereits erfolgreich umgesetzt wird, soll nun auch in weiteren Bundesländern folgen – eine tatsächliche, flächendeckende Verbesserung der Patientenversorgung ganz im Sinne der Gesundheitsreform.

WELLDONE Werbung und PR

Kennzahlen, Bauchgefühl oder Beziehungen: Alles in der Praxis gängige Methoden der Mediaplanung, über deren Erfolg gerne diskutiert wird. Allerdings nicht bei uns. Dazu ist das aufgewendete Mediageld zu wertvoll und unerlässlicherweise so auszugeben, dass eine solide zahlentechnische Begründung dafür vorliegt. Mediadaten und -analysen liefern dazu die Grundlage. In der Publikumsmediaplanung würde niemand darauf verzichten wollen. In der Fachmediaplanung will keiner davon wissen. Das geht auch anders, und ein Vergleich macht Sie sicher.

UPDATE Europe

Best-Practice-Modelle in Gesundheitsförderung und Prävention haben zum Ziel, durch „optimale“ Interventionen/Aktivitäten die Gesundheit wirksam, ethisch verantwortlich, nachhaltig und auch effizient zu verbessern und zu erhalten. Dabei wird auf dem aktuellen Wissensstand und Expertenerfahrungen aufgebaut, aber auch Innovationen gefördert, um die strategischen Ziele verantwortungsvoller Gesundheitspolitik zu erreichen. Nur so können die beabsichtigten positiven Wirkungen erreicht und negative Folgen vermieden werden.



Seite 12:

»Substitutionsforum Mondsee 2015«

Interview mit Univ.-Prof. Dr. Alfred Springer
Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für arznei-
mittelgestützte Behandlung von Suchtkranken (ÖGABS)



Seite 7:

»Macht Wissen krank?«

Interview mit Priv.-Doz. Dr. Pamela Rendi-Wagner
Leitung Sektion III (Öffentliche Gesundheit und medizinische
Angelegenheiten) im BMG



Seite 14:

»Deutschland vs. Österreich?«

Prof. Dr. Udo Janßen
Generaldirektor Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV)



Seite 36:

»Chirurgie, quo vadis?«

Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Függer, Präsident der ÖGC
Mit weiteren Vertretern der ÖGC und des Gesundheitswesens im Hinter-
grundgespräch über den Wandel des Berufsbildes in der Chirurgie

inhalt

Editorial.....	2	Mit spitzer Feder – Kolumne der ÖGC.....	27
Coverstory-Interview: Rudi Kaske, Präsident der AK Wien und der Bundesarbeitskammer.....	4	Nachbericht: Langer Tag des Darms 2015.....	28
Macht Wissen krank? Ein Interview mit Priv.-Doz. Pamela Rendi-Wagner, BMG.....	7	Handlungsfeld Antibiotikaresistenz – Interview mit Mag. Martin Schaffenrath.....	30
Interview mit Univ.-Prof. Dr. Markus Müller, MedUni Wien: Generationenwechsel erfordert neuen Mindset.....	8	Kirschblütengespräch der J5.....	31
Nachbericht: Botschaftsempfang des Danish Health Circle.....	10	Welldone Werbung.....	32
70 Jahre Europäisches Forum Alpbach.....	11	Bericht: 9. Nephrologie Symposium in Schladming.....	34
Substitutionstherapie: Forum Mondsee 2015 – ein Interview mit Univ.-Prof. Dr. Alfred Springer, ÖGABS.....	12	Chirurgie, quo vadis.....	36
Kolumne: Plattform Patientensicherheit.....	13	20 Jahre Pharma Marketing Club Austria.....	38
Deutschland vs. Österreich? Im Gespräch mit KAV-Generaldirektor Prof. Dr. Udo Janßen.....	14	Interview mit Univ.-Prof. Dr. Michael Grimm der MedUni Innsbruck über die Herausforderungen der Zukunft.....	40
Mediaplanung: kein Platz für Bauchgefühle.....	16	Kolumne AM PLUS von Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhold Kerbl (ÖGKJ).....	41
Onkologie in Österreich – Zukunft beginnt jetzt.....	18	Nachbericht: Ärtzeball – Fixstern der Wiener Ballsaison.....	42
Attergauer Kultursommer – Programm 2015.....	20	Welldone Essentials: Werbung, PR und Media.....	43
65 Jahre Wiener Wirtschaftsklub: Netzwerken auf höchster Ebene.....	21		
Nachbericht der Welldone Lounge: Sparflamme.....	22		
Interview mit Prim. Dr. Bernd Reininghaus, BVA: Burn-out.....	26		

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, alleinvertretungsbe-
rechtigt. Anteilseigner: Gesellschafter: Mag. Hanns Kratzer,
Anteil: 25,00 %; Firma BJK & R Privatstiftung, Anteil: 75,00
%. **Autoren:** Martina Dick (Redaktionsleitung), Birgit Bern-
hard, Andreas Besenböck, Marie-Christine Bösendorfer,
Andrea Gesierich, Maximilian Kunz, Kurt Moser, Dietmar
Pichler, Markus Stickler; **Art-Direktion:** Dieter Lebisch;
Grafik: Alexander Cadlet, Sonja Huber, Florian Thür;

Fotos: Bösendorfer (12), APA-Fotoservice/Huber (1), Kaser
(6), Naderer (2), PERI Marketing & Sales (6), APA-Fotoser-
vice/Preiss (1), Puiu (4), Roche (3), Spectra (1), Schiffli (117),
Seelig (21); **Lektorat:** Uschi Sorz, Gudrun Likar; **Druck:**
Paul Gerin GmbH & Co KG; Auflage: 4.000; **Erschei-
nungsweise:** viermal jährlich; **Einzelpreis:** Euro 18,00. Die
Zeitschrift und alle darin enthaltenen Beiträge und Abbil-
dungen sind urheberrechtlich geschützt. Namentlich

gekennzeichnete Artikel geben die Meinung des Autors und
nicht der Redaktion wieder. Die in den Beiträgen verwen-
deten Personen- und Berufsbezeichnungen treten der besseren
Lesbarkeit halber nur in einer Form auf, sind aber natürlich
gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen. Blattlinie: In-
formationen aus dem Gesundheits-, Pharma- und Wellness-
bereich sowie aus der Gesundheitspolitik.

Arbeiterkammer-Präsident Rudi Kaske über die Zukunft der Arbeit

Zu den Erfolgen des aktuellen AK-Präsidenten Rudi Kaske zählen etwa die Durchsetzung der Fünftagewoche im heimischen Tourismus oder der Mindestlohn von 1.300 Euro in unterschiedlichen Branchen. Als oberster Kammervertreter aller Angestellten gewährte er dem PERISKOP tiefe Einblicke in seine Sicht der aktuellen Lage am Arbeitsmarkt. Darüber hinaus sprach er über TTIP und die künftigen Herausforderungen für die nachfolgenden Generationen.

P: Sieht man einmal von der anhaltend hohen Arbeitslosigkeit ab – was sind die größten Herausforderungen, mit denen der Arbeitsmarkt aktuell zu kämpfen hat?

Kaske: Neben der Arbeitslosigkeit ist die Ungleichverteilung der Arbeit ein Problem. Bei den Vollzeitbeschäftigten hat Österreich innerhalb der EU die zweitlängste faktische Arbeitszeit. 2014 wurden rund 270 Millionen Überstunden geleistet, davon blieb mehr als jede fünfte unbezahlt. Legt man das Volumen an unbezahlten Mehrarbeits- bzw. Überstunden in Vollzeitäquivalente um, ergibt das rund 33.000 Jobs. Auf der anderen Seite steigt die Zahl der Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten. Bereits mehr als eine Million unselbstständig Beschäftigte haben keinen Vollzeitarbeitsplatz. Wir sollten deshalb zuallererst die Überstunden reduzieren. Arbeitgeber, die Überstunden anordnen, sollten einen Euro pro Stunde zusätzlich ins Gesundheits- und Arbeitsmarktbudget einzahlen – schließlich ist es ja auch die Sozialversicherung, die die Kosten zu tragen hat, wenn überlastete Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit einem Burn-out im Krankenstand landen oder gekündigt werden. Eine gerechtere Verteilung der Arbeit hilft den einen, eine bessere Balance zwischen Arbeit und Freizeit zu erreichen, und den anderen, überhaupt einen Job zu bekommen oder von einem Job mit geringer Stundenanzahl auf einen mit höherer aufstocken zu können. Was die Arbeitszeitverkürzung angeht, so denke ich an eine breite Palette von Maßnahmen: Das Erreichen der sechsten Urlaubswoche und der Zugang zur Bildungskarenz sollten erleichtert werden. Sinnvoll wäre es auch, die Freizeitoption in mehr Kollektivverträgen zu verankern. Sie erlaubt es den Menschen, zwischen mehr Freizeit oder einer Lohnerhöhung zu wählen. Dort, wo es diese Möglichkeit bereits gibt, zum Beispiel im Elektro- und Elektronikbereich, sind die Erfahrungen positiv. Sowohl jüngere als auch ältere Beschäftigte nutzen diese Möglichkeit. Eine weitere Herausforderung ist – angesichts der Zunahme der atypischen Beschäftigung – die Finanzierung unserer Sozialversicherungsleistungen. Ich bin dafür, über die Umstellung der Sozialversicherungsbeiträge auf eine Wertschöpfungsabgabe nachzudenken. Das würde den Faktor Arbeit kostengünstiger machen, zugleich aber die Leistungsfähigkeit der Sozialversicherung absichern.

P: Finanz- vs. Realwirtschaft: Wo kann die AK effizient und zugunsten der Arbeitnehmer ansetzen?

Kaske: Die Erfahrungen mit der Finanzmarktkrise von 2008 und ihren wirtschaftlichen Folgen haben gezeigt, dass der Realwirtschaft eine viel größere Bedeutung zukommt als davor wirtschaftspolitisch gepredigt wurde: Länder wie Österreich und Deutschland mit einer starken industriellen Basis haben die Krise besser überstanden als jene, die primär im Dienstleistungs- oder Finanzsektor ihre Stärken hatten. Klar gezeigt hat 2008 auch, dass der Finanzsektor dringend reguliert gehört. Er hat seine vorrangige Funktion – also die Finanzierung realwirtschaftlicher Investitionen – zu erfüllen. Es bedarf einer neuen, umfassenden Regulierung und Aufsicht der Finanzmärkte und -institutionen. Dadurch erhalten Konsumentinnen bzw. Konsumenten und Investorinnen bzw. Investoren gleichermaßen mehr Schutz. Auch die Einführung der Finanztransaktionssteuer ist überfällig – hier werden wir nicht locker lassen. Um die Realwirtschaft zu stärken, braucht es aber auch eine Lockerung der restriktiven EU-Fiskalregeln. Denn das enge Korsett der europäischen Haushaltsvorgaben ist sehr hinderlich, wenn es darum geht, dringend nötige öffentliche Investitionen in die Infrastruktur anzukurbeln.

„Eine gerechtere Verteilung der Arbeit hilft den einen, eine bessere Balance zwischen Arbeit und Freizeit zu erreichen, und den anderen, überhaupt einen Job zu bekommen oder von einem Job mit geringer Stundenanzahl auf einen mit höherer aufstocken zu können.“

P: Die Beschäftigungspolitik der heimischen Wirtschaft in Bezug auf ältere Generationen ist weiterhin schlecht. Was sind die Gründe für die zaghafte Umsetzung des von Ihnen geforderten Bonus-Malus-Systems?

Kaske: Ich bin zuversichtlich, dass wir den Widerstand der Wirtschaft überwinden werden, denn die Fakten sind auf unserer Seite. Obwohl das AMS die Einstellung Älterer durch die Privatwirtschaft massiv fördert – allein von 2014 bis 2017 sind dafür 432 Millionen Euro vorgesehen – sind viele Unternehmen zu keinem Umdenken bereit. 2013 hatten 20 Prozent der Unternehmen mit mindestens 25 Beschäftigten im Jahresdurchschnitt überhaupt keine Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter über 55 Jahre beschäftigt. Gutes Zureden und finanzielle Förderungen allein bewirken keinen Einstellungswandel. Für jene, die stur am Jugendkult im Betrieb festhalten und Älteren von sich aus keine Chance geben, brauchen wir Sanktionen. Deshalb bleiben wir am Bonus-Malus-System weiter dran.

RUDI KASKE
Arbeiterkammer-Präsident



P: Sie haben vor Kurzem gesagt, dass die Bevölkerung Wiens „immer jünger“ wird. Was genau steht hinter dieser Botschaft und wo orten Sie die Besonderheiten Wiens hinsichtlich der demografischen Entwicklung seiner Bewohner?

Kaske: Wien wächst, zum einen durch den Zuzug jüngerer Menschen aus den Bundesländern, aber auch durch die Zuwanderung aus den EU-Mitgliedsstaaten. Wien wird voraussichtlich noch heuer zum jüngsten Bundesland und damit Vorarlberg überholen. Das bringt Chancen für unsere Stadt, es kommen vor allem gut qualifizierte Menschen hierher. Zugleich muss sich Wien aber auch auf diesen Boom vorbereiten – durch den Bau von leistbaren Wohnungen, Schulen, Kindergärten, Spielplätzen für den Nachwuchs der „Jungen“ und den Erhalt bzw. die Schaffung von mehr Grünflächen und öffentlichem Raum. Nötig ist auch der weitere Ausbau des öffentlichen Verkehrs und natürlich brauchen wir in einer wachsenden Stadt mehr Arbeitsplätze.

Weil mehr Junge kommen, wird Wien im Bevölkerungsdurchschnitt jünger. Das bedeutet aber nicht, dass wir die ältere Bevölkerung vergessen. Wir brauchen auch mehr Angebot an Pflege und Betreuung für die Älteren, denn Wien wächst an beiden Enden, bei den Älteren und bei den Jungen.

P: Stichwort TTIP: Das Freihandelsabkommen zwischen EU und USA umfasst auch Verhandlungsbereiche, die für Arbeitnehmer aus sozialen, ökologischen und demokratiepolitischen Gründen zu hinterfragen sind. Wie stehen Sie dazu?

Kaske: Die AK sieht TTIP äußerst kritisch und wird nur zustimmen, wenn bestimmte Anforderungen erfüllt werden. Dazu gehört die Streichung des Investitionsschutzes durch private Schiedsgerichte, kurz ISDS. ISDS wurde von 97 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der öffentlichen Konsultation abgelehnt. So ein Ergebnis muss berücksichtigt werden! Ich meine, die bestehenden Rechtsordnungen der Staaten bieten ausreichenden Schutz für alle.

Wir sind aber auch klar gegen eine Senkung von Standards. Regulierungen zum Schutz von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie Konsumentinnen und Konsumenten – vor allem bei so sensiblen Themen wie Datenschutz, Lebensmittelsicherheit und Umwelt – dürfen nicht eingeschränkt werden. Darüber hinaus darf das Vorsorgeprinzip nicht infrage gestellt werden. Das heißt, öffentliche Dienstleistungen müssen aus TTIP ausgenommen werden.

Mir liegt aber noch ein weiterer Punkt am Herzen: dass die Mindestarbeitsstandards der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) verbindlich gelten und einklagbar sind. Von den acht Kernnormen der ILO haben die USA bisher nur zwei ratifiziert, die Konvention über die schlimmsten Formen der Kinderarbeit und jene über Zwangsarbeit. Nicht aber zum Beispiel jene über die Vereinigungsfreiheit für Gewerkschaften und Kollektivvertragsfreiheit, das Recht auf gleiche Entlohnung für Frau und Mann und auf Nichtdiskriminierung am Arbeitsplatz.

P: Wie wird sich der heimische Arbeitsmarkt in den nächsten Jahren entwickeln und wann rechnen Sie mit Entspannung?

Kaske: Die Arbeitsmarktexpertinnen und -experten sagen leider für die kommenden Jahre keinen Rückgang der Arbeitslosigkeit voraus. Umso wichtiger ist es, ausreichend Mittel für die aktive Arbeitsmarktpolitik zur Verfügung zu haben, damit Phasen der Arbeitslosigkeit für wertvolle Aus- und Weiterbildung genutzt werden kann. Wir brauchen aber auch eine Beschäftigungsoffensive, einen „Big Deal“ für Arbeit in Österreich und Europa. Die von den Bau-Sozialpartnern mit Sozialminister Hundstorfer erarbeitete Wohnbau-Offensive, mit der 30.000

zusätzliche geförderte Wohnungen errichtet werden sollen, ist ein Schritt in die richtige Richtung. Weitere Maßnahmen müssen folgen, zum Beispiel der Aus- und Umbau von Schulen, um Ganztagesunterricht in passendem Rahmen anbieten zu können, der Erhalt unseres Straßennetzes, die Ausweitung des Angebots an Pflege und Betreuung für Ältere. Der öffentlichen Hand wird das Investieren in wichtige Zukunftsinvestitionen durch die zu restriktiven EU-Fiskalregeln aber sehr schwer gemacht. In ganz Europa gibt es einen Investitionsstau, Europa leidet bei der Infrastruktur zunehmend von seiner Substanz. Deshalb brauchen wir auch einen Kurswechsel in Europa durch die Etablierung der goldenen Regel der Finanzpolitik. Ihr Kern ist die Einsicht, dass eine Gesellschaft ihre Infrastruktur so finanzieren

soll, dass jene, die sie nutzen, auch zu ihrer Finanzierung beitragen. Bei Infrastruktur, die viele Jahrzehnte oder gar Jahrhunderte hält, ist es sinnvoll, sie mit Krediten zu finanzieren und so die Last auf mehrere Generationen zu verteilen. Solche öffentlichen Investitionen in die Infrastruktur, aber auch in die Bildung sollen also aus den EU-Fiskalregeln ausgenommen werden. Rasche und umfassende Investitionen in die Infrastruktur würden Europa nachhaltig aus der Krise führen, die Wirtschaft wieder zum Blühen bringen und Arbeitsplätze, aber auch die Lebensqualität der Bevölkerung sichern. ■



BioBox:

Rudi Kaske wurde 1955 in Wien geboren. Bereits neben seiner Lehrausbildung zum Koch war er als Jugendfunktionär des Österreichischen Gewerkschaftsbunds aktiv. Als einer der Initiatoren der Initiative M wie „Mitbestimmung“ wurde er 1972 – nach Beschluss des entsprechenden Gesetzes – einer der ersten Jugendvertrauensräte im österreichischen Parlament. 1977/78 absolvierte er die Sozialakademie der Wiener Arbeiterkammer. 1987 wurde er zum Zentralsekretär der Gewerkschaft Hotel, Gastgewerbe, persönlicher Dienst (HGPD) gewählt. Noch im selben Jahr wurde er Mitglied des ÖGB-Bundesvorstands. Ab 1995 war er Vorsitzender der Gewerkschaft HGPD, ab 2006 folgte der Vorsitz der Verkehrs- und Dienstleistungsgewerkschaft vda. Seit 2013 ist Rudi Kaske Präsident der Wiener Arbeiterkammer und der Bundesarbeitskammer.



Macht Wissen krank?

Zumindest das Impfverhalten der Österreicher lässt das vermuten, denn: je höher der Bildungsgrad, desto ausgeprägter die Impfskepsis. Priv.-Doz. Dr. Pamela Rendi-Wagner, Fachärztin für Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin, leitet seit vier Jahren die Sektion III (Öffentliche Gesundheit und medizinische Angelegenheiten) im Bundesministerium für Gesundheit, womit sie u. a. für sämtliche Impfangelegenheiten zuständig ist. Das PERISKOP sprach mit ihr über Österreichs Ebolakrisenplan, die heimische HPV-Durchimpfungsrate sowie die schwache Gesundheitskompetenz im EU-Vergleich.

Von Maximilian Kunz, MAS, MBA

P: Bisher wird Österreich ein gutes Krisenmanagement in Bezug auf Ebola bescheinigt. Was wurde hier getan?

Rendi-Wagner: In den letzten Jahrzehnten gab es etliche abgegrenzte und zeitlich limitierte Ebolaausbrüche. 2014 zeigten die Gegenmaßnahmen der WHO und anderer Institutionen erstmals nicht die erhoffte Wirkung und das Ausmaß dieses Ausbruchs wurde klar. Die rasche Ausbreitung war u. a. auf den Befall von Ballungszentren und politisch instabilen Staaten zurückzuführen. Dazu kamen die schlechte Infrastruktur des Gesundheitswesens dieser Länder und die hohe Mobilität der Menschen. Europa war eher ein peripherer Player, der sich an der internationalen Entwicklungshilfe beteiligte. Primär war das Engagement der betroffenen Länder und der internationalen Staatengemeinschaft gefragt. Als Europäer waren wir aber gefordert, einen möglichen Ausbruch in bzw. die Ausbreitung nach Europa zu verhindern. Aus heutiger Sicht boten die Verdachtsfälle in Österreich eine optimale Möglichkeit zur Probung des Ernstfalls. Als die WHO den Ausbruch im Frühjahr 2014 als global bedrohlich einstufte, haben wir gemeinsam mit den Bundesländern reagiert und die bundesweite Krisenkoordination übernommen. Wöchentlich beriefen wir Telefonkonferenzen mit den Landessanitätsdirektionen, anderen Ministerien und Institutionen wie dem Roten Kreuz ein. Alle maßgeblichen Institutionen in die Planung zu involvieren war herausfordernd. Vom

Innenministerium, dem Verkehrs-, Außen- und Verteidigungsministerium wurden wir umfassend unterstützt. Ein vom Ministerrat bestellter nationaler Ebolakoordinator übernahm einen Großteil der Koordination auf Bundesebene. Zudem wurden alle Landesgesundheitsräte von der Bundesministerin zu Beratungen über die Versorgungssicherstellung für mögliche Ebolafälle ins Ministerium geladen. Wo solche auftreten könnten, lässt sich vorab nicht sagen. Gewisse Schlüsselpositionen und vulnerable Punkte müssen für den Ernstfall geschult werden, allen voran Spitäler und Ambulanzen. Darüber hinaus initiierten wir in Kooperation mit der AGES einen Ebolahygienekurs und erstellten einen Ebolablaufplan für Flug- und Bahnverbindungen. Schließlich wurde eine nationale Ebolaplanübung organisiert, die unseren Notfallplan bestätigte. Die Krisensituation hat zumindest bewirkt, dass die Institutionen nun viel eingespielter sind und der Notfallplan auch als Basis für ähnliche Gefahren verwendet werden kann.

P: Wie beurteilen Sie den Status der HPV-Durchimpfung in Österreich?

Rendi-Wagner: Wir erwarten gerade die finalen Durchimpfungsraten für 2014 aus den Bundesländern. Anhand der abgerufenen Impfstoffe gehen wir von einer Durchimpfungsrate von etwa 50 Prozent bei der definierten Kohorte aus. Bis November 2014 hat Wien sogar über 60 Prozent angegeben, wobei das Gefälle zwischen den Bezirken besteht: Rudolfshaus-Fünfhaus hat eine der höchsten Durchimpfungsraten, Döbling die niedrigste. Das erklärt sich u. a. durch die vergleichsweise gute Annahme der Gratisimpfung bei Migranten und der Tatsache, dass Impfskeptiker vermehrt in bildungsna-

hen Bevölkerungsgruppen zu finden sind. Diese sind auch eine unserer Zielgruppen bei der Aufklärung. Der Slogan „Wissen macht krank“ mag in diesem Zusammenhang schwer zu verstehen sein, ist aber zulässig.

P: Kann man daraus auf die Gesundheitskompetenz, bei der Österreich im EU-Vergleich im Hintertreffen ist, rückschließen?

Rendi-Wagner: Gesundheitskompetenz hat zwei Ebenen: die individuelle Fähigkeit, der Gesundheit förderliche Entscheidungen zu fällen, und systemische Faktoren. Also diese Fähigkeit anzuwenden und Informationen leicht nutzbar zu machen. Das kann bedeuten, Patienten im „Dschungel“ Krankenhaus und im Gesundheitssystem bessere Orientierung zu geben. Aber die Menschen sollen auch befähigt werden, eine stärkere Rolle im Gesundheitssystem zu spielen. Die Optimierung der Gesundheitskompetenz war eines der ersten Rahmengesundheitsziele, das in die Umsetzung ging. Wichtig ist dabei das telefon- und webbasierte Erstkontaktsystem, kurz TEWEB. Als künftiges Navigationssystem für den Gesundheitsbereich ist es prominenter Teil der Reform und setzt beim Bürger an, der dadurch system- und zeiteffizient gelenkt werden kann. So kommen die Leute schneller zur richtigen Stelle, was unnötige Intervalle verkürzt und das System entlastet. Oft werden Gesundheitsentscheidungen im Alltag getroffen. Kaufentscheidungen und Konsumverhalten sind Gesundheitsentscheidungen, dabei spielt Gesundheitskompetenz eine wichtige Rolle. Um sie zu verbessern sind neben dem Gesundheitssystem auch andere Partner nötig, speziell das Bildungssystem in Bezug auf Schulen und Kindergärten, die Wirtschaft und den Konsumentenschutz.



Internationale Erfahrungen zeigen, dass eine nachhaltig verbesserte Gesundheitskompetenz geeignete Koordinationsstrukturen auf nationaler Ebene braucht. Deshalb wurde die „Plattform Gesundheitskompetenz“ im Fonds Gesundes Österreich eingerichtet, die künftig die Kooperation der verschiedenen Bereiche besser koordinieren soll. Sie ist die erste zentrale Koordinationsstelle Österreichs und vereint Ministerien, Bundesländer und Sozialversicherungen mit Experten sowie Patientenvertretungen. Keine Ernährungsbroschüre kann so effizient sein wie integrierte Programme in Schule oder Kindergarten. Meine Tochter war in einem Kindergarten, in dem es einen wöchentlichen Kinder-Suppenkochtage gab. Diese Art, Kinder ganz selbstverständlich an Gemüse und gesunde Ernährung heranzuführen, begrüße ich sehr. Gute Projekte gibt es – man muss sie nur breiter aufstellen. ■

BioBox:

Doz. Dr. Pamela Rendi-Wagner wurde 1971 in Wien geboren. Nach der Ausbildung zur Fachärztin für Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin an der MedUni Wien und der London School of Hygiene and Tropical Medicine legte sie den Fokus ihrer wissenschaftlichen Arbeit an der MedUni Wien auf die Bereiche Infektionsepidemiologie, Vakzinprävention und Reisemedizin. Zwischen 2008 und 2011 war sie als Gastprofessorin an der School of Public Health der Tel Aviv University in Israel tätig und seit 2011 ist sie Gastdozentin an der MedUni Wien. Im März 2011 übernahm sie die Leitung der Sektion Öffentliche Gesundheit und medizinische Angelegenheiten im Bundesministerium für Gesundheit, darüber hinaus ist sie Vorsitzende des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG). In ihrer Zeit als wissenschaftliche Projektleiterin etablierte Rendi-Wagner u. a. landesweite Infektionssurveillance-Netzwerke zur epidemiologischen Überwachung wichtiger impfpräventabler Infektionskrankheiten und lieferte damit Daten und Analysen, die die wissenschaftliche Grundlage zahlreicher impfpolitischer Entscheidungen – etwa bei der Keuchhusten- und Rotavirusimpfung – darstellen.

PRIV.-DOZ. DR. PAMELA RENDI-WAGNER
Leiterin der Sektion III, BMG

 **BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT**

Generationenwechsel erfordert neuen Mindset

Ende Mai hat der Universitätsrat der Medizinischen Universität Wien den Internisten Univ.-Prof. Dr. Markus Müller, derzeit Vizerektor für Forschung, zum Rektor gewählt. Sein Amt wird der erfahrene Mediziner im Oktober antreten. Im PERISKOP-Interview spricht er über Generationenwechsel, die Finanzierung von Forschung, regulatorische Voraussetzungen und die nötige Differenzierung zwischen MedUni Wien und AKH Wien.

Von Mag. Andreas Besenböck

P: Zuerst herzliche Gratulation – Sie werden mit 1. Oktober das Amt als Rektor der Med Uni Wien antreten. Was war Ihre Hauptmotivation, sich für diese Aufgabe zu bewerben?

Müller: Die Entscheidung war nicht einfach. Aber es gab einen Punkt, an dem ich mir gesagt habe, ich muss Verantwortung übernehmen, vor allem für die eigene Generation. Ich bin jetzt 47 und werde noch ca. 20 Jahre im Gesundheitssystem arbeiten. Die institutionellen Krankheiten, mit denen wir konfrontiert sind, sind seit langem bekannt, geschehen ist wenig. Derzeit findet ein Generationenwechsel statt. Arbeitsstrukturen und finanzielle Rahmenbedingungen ändern sich. Die goldenen Zeiten, die meine Vorgängergeneration noch erlebt hat, die Zeiten des großen Aufschwungs sind vorbei. Es wird neue Spielregeln geben, großen Veränderungsdruck. Daher sehe ich eine zentrale Aufgabe darin, diese neuen Rahmenbedingungen aktiv mitzugestalten und nicht in der zweiten Reihe zu sitzen und zu beobachten, was passiert.

P: Worin sehen Sie die Hauptthemen und Hauptaufgaben für die MedUni Wien in den kommenden Jahren?

Müller: Wir haben an der MedUni Wien und im AKH ein enormes Potenzial, das noch nicht gehoben ist. Hier gilt es meiner Meinung nach anzusetzen. Nach dem Zweiten Weltkrieg gab es 40 bis 50 sehr magere Jahre in der österreichischen Medizin. Es gab eine Vielzahl an hervorragenden Leuten, die Österreich verlassen haben. Das war neben der Infrastrukturzerstörung einfach eine tiefgreifende intellektuelle Zerstörung. Bis in die 90er-Jahre war die forschende, akademische Medizin aus Österreich international nicht sehr präsent. Erst mit Ende des vergangenen Jahrhunderts, zeitgleich mit der Eröffnung des AKH Wien, kam es zu einer starken Aufholbewegung. Es gab eine Aufbruchs-

stimmung. Die Zahl der Publikationen in international hochkarätigen Journalen nahm zu, ebenso wie die globale Vernetzung. Es gibt sehr gute Analysen, die gezeigt haben, dass die klinisch-medizinische Forschung von 1995 bis etwa 2010 der am stärksten wachsende Wissenschaftszweig der ganzen Welt war. Dennoch hinken wir der Weltspitze in der medizinischen Forschung hinterher. Global betrachtet, gibt es so genannte „Innovation Leaders“, also Nationen die voranschreiten, und „Innovation Followers“, zu denen Österreich gehört. Der derzeitige Abstand beträgt etwa 30 Prozent. Und ich finde, Österreich als reiches Land sollte den Anspruch haben, ein „Innovation Leader“ zu sein.

P: Aktuell wird in der Politik eher von Reformen und Einsparungen im Gesundheitssystem und in der Forschung gesprochen. Kann Österreich überhaupt zu den „Innovation Leaders“ aufschließen?

Müller: Es gibt einen Konsens darüber, dass die medizinische Forschung dramatisch unterfinanziert ist, was sich durch die Wirtschaftskrise noch einmal deutlich verstärkt hat. Wenn man sich das „Times Higher Education Ranking“ ansieht und die Medical Schools vergleicht, kommt man zu dem Ergebnis, dass wir weltweit auf Platz 49 stehen. In Europa auf Platz 14 und im deutschsprachigen Raum an dritter Stelle. In Letzterem liegen München und Heidelberg vor uns, die beide sehr viel besser

„Wir haben an der MedUni Wien und im AKH ein enormes Potenzial, das noch nicht gehoben ist.“

UNIV.-PROF. DR. MARKUS MÜLLER
Designierter Rektor der
Medizinischen Universität Wien





finanziert werden. Und es gibt klare Korrelationen. Die University Stanford, eine der renommiertesten Universitäten der Welt, hat ein höheres Budget als alle österreichischen Universitäten zusammen. Die ETH Zürich hat bei gleicher Studentenzahl, bei gleicher Professorenzahl, ähnlicher Struktur und gleicher Größe ein doppelt so hohes Budget wie die TU Wien. Das zieht sich einfach durch. Um die Frage der Finanzierung werden wir nicht herumkommen. Das große Thema für Österreich im Moment ist also die Frage von Investitionen und Sparen. Entscheiden wir uns für staatlichen Konsum oder Zukunftsinvestitionen? Wobei klar sein muss, dass Universitäten und Forschungseinrichtungen keine Subventionsempfänger sind. In der Öffentlichkeit gewinnt man leider oft diesen Eindruck. Obwohl das Gegenteil wahr ist. Investitionen in Universitäten sind ein Riesengeschäft für ein Land. Die Umwegrentabilität unseres Komplexes MedUni/AKH für die nationale Gesundheit, für internationale Kongressteilnehmer die in Wien einkaufen, für junge Kreative die Karriere machen und Firmen gründen, ist ein Vielfaches von dem, was hineinfließt. Es gibt eine englische Studie, die sich genau mit dieser Frage beschäftigt hat und die zu dem Schluss kommt, dass eine Investition in eine universitäre Health-Care-Infrastruktur höchst profitabel für ein Land ist.

P: Gibt es neben der mangelnden Finanzierung noch andere Hemmnisse?

Müller: Wir haben in Österreich grundsätzlich ein etwas verkrampftes Verhältnis zu Neuem. Das gilt auch für die Forschung. Nehmen Sie die beiden Schlüsseltechnologien Atomphysik und Gentechnologie. Alles was irgendwie mit „Gen“ und „Atom“ beginnt, ist in Österreich vorerst einmal suspekt und dadurch ist es schwierig, in diesen Bereichen zu forschen, Förderungen zu erhalten. Das führt dazu, dass es die Life-Sciences schwerer haben als in anderen Ländern. Dort werden derartige Technologien als Chance wahrgenommen. Die Frage ist, wollen wir in gewissen Kernbereichen der Zukunft – und Life-Sciences, Medizin und Biotechnologie gehören ebenso dazu wie die IT – voranschreiten oder hinterherhinken? Es ist sogar so, dass wenig industrialisierte Erdölländer in diese Bereiche investieren. Länder wie auch z.B. Malaysia oder Singapur, wo es vor 40 Jahren auf diesem Gebiet noch nicht viel gegeben hat, oder die Emirate versuchen in Richtung Health Care umzusatteln. Dabei steckt hier auch ein enormes Potenzial für die Wirtschaft. Nichtsdestotrotz haben wir an der MedUni Wien mit unseren 5000 Mitarbeitern ein enormes intellektuelles und kreatives Potenzial. Da arbeiten junge, dynamische Leute, die in ihrem Leben etwas erreichen wollen, die einen Unterschied machen wollen und die im Prinzip auch die Chance dazu haben. Nur sieht man derzeit, dass sich – wie eben derzeit so vieles in diesem Land – dieses Potenzial aufgrund von ungünstigen Rahmenbedingungen einengt.

P: Ein weiteres Thema ist die medizinische Versorgung. Das AKH Wien ist das größte und gleichzeitig auch teuerste Spital Österreichs. Wie kann auch in Zukunft die hohe Versorgungsqualität gewährleistet werden?

Müller: Wir haben in Österreich eine sehr teure, krankenhaushastige Versorgungsstruktur. Die akademisch tätigen Ärztinnen und Ärzte müssen bei uns sehr viel an Versorgungsleistungen übernehmen. Das ist eines der Kernthemen der MedUni Wien. Deshalb ist die Differenzierung von MedUni Wien und AKH sehr wichtig. Gerade auch für die Finanzierung. Wir sind ein systemrelevanter Faktor im Gesundheitssystem, weil gewisse Tertiärleistungen nur hier erbracht werden. Das ist eigentlich ein positiver Imagefaktor. Und die Be-

völkerung ist sich dessen bewusst. Wir sind ein Medizinsupermarkt, der extrem differenziert ist, wo man jede mögliche Leistung bekommt. Deswegen fahren sehr viele Menschen auch so gerne ins AKH, weil sie wissen, dass sie hier die beste Versorgung bekommen. Die Universität leidet aber darunter, dass wir eine U-Bahn-Station haben, die direkt ins AKH fährt, und es keinen vernünftig ausgebauten Primärversorgungsbereich gibt, der unsere Notaufnahme entlasten könnte. Es gab einmal eine skurrile Geschichte über die Nachtambulanz im AKH, die es auf den Punkt bringt: In einer Zeitung ist ein Artikel erschienen, in dem beschrieben wurde, wo in Wien nach Mitternacht noch „etwas los ist“ und wo man jemanden kennenlernen kann. Da standen dann vor allem Discos drin, aber unter anderem auch die Notaufnahme des AKH.

P: Also müsste entweder die Finanzierung aufgestockt oder die Patientenströme umgeleitet werden?

Müller: Die Situation ist so, dass wir ein begrenztes Budget haben und damit eine eigentlich undefinierte Leistung erbringen müssen. Also eine Leistung, die nach oben hin offen ist. Wenn wir für jeden Patienten, den wir behandeln, eine direkte Abgeltung bekommen würden, hätten wir überhaupt kein Finanzproblem. Nehmen Sie nur das amerikanische System. Dort wird jeder zusätzliche Patient auch als ökonomische Chance begriffen. In Österreich ist es im Prinzip umgekehrt. Man wird nicht auf Basis einer echten Leistung als Spital remuneriert, sondern über einen komplizierten Verteilungsschlüssel. Das Problem besteht eben auch darin, dass Leistung nicht fair abgegolten wird. Das ist bis zu einem gewissen Grad in Ordnung, weil das Teil unseres Sozialsystems ist. Aber bei der Größe und Komplexität unserer Institution spüren wir diese Faktoren natürlich ganz besonders. Die Umleitung der Patienten in Primary Health Care Centers ist an sich eine sehr gute Idee. Die Frage ist nur, ob sie auch schnell und gut umgesetzt werden. Politisch fühlt sich im Gesundheitssystem niemand wirklich für die Gesamtverantwortung zuständig. Der Sozialminister hat das KAAZG legislativ auf den Weg gebracht, ist aber nur für das Gesetz zuständig. Die Gesundheitsministerin hat – auf Grund der formalen Verantwortung der Länder und Träger – überhaupt relativ wenige Durchgriffsmöglichkeiten und der Wissenschaftsminister ist eigentlich nur für die Forschung zuständig. Hier wären Klarheit und Leadership gefragt.

P: Sie haben zu Beginn des Interviews von einem nötigen Generationenwechsel gesprochen. Worin sehen Sie hier die wichtigsten Herausforderungen?

Müller: Hier geht es vor allem um einen neuen Mindset. Wie strukturiert man die Arbeitswelt von heute und morgen? Wie schafft man attraktive Arbeitsbedingungen für die jungen Leute? Die haben einfach andere Vorstellungen, andere Regeln. Auch der Teamgedanke ist bei den Jungen viel stärker verbreitet als noch in meiner Vorgängergeneration. Extreme Formen des hierarchischen Auftretens werden zum Beispiel einfach nicht mehr toleriert. Sie sind extrem gut vernetzt und können sehr gut kommunizieren. Und die Hoffnung ist einfach, dass man durch einen Generationenwechsel einen anderen Stil auch nach außen kommunizieren kann, indem man sagt: Wir treten gemeinsam auf, wir nehmen diese Verantwortung als größter Gesundheitsversorger Österreichs wahr. Nicht nur im Rahmen unserer Kerntätigkeiten, sondern auch im Rahmen der Bildung einer öffentlichen Meinung. Und zwar konzertiert. Mit einer gemeinsamen Vision, wo wir hinwollen und auch wo wir als Institution hinwollen. ■

BioBox:

Univ.-Prof. Dr. Markus Müller absolvierte das Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien. 1993 promovierte er „sub auspiciis praesidentis“ zum Doktor der gesamten Heilkunde. Zwischen 1993 bis 2000 erfolgte seine Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin an den Universitätskliniken für Notfallmedizin und Innere Medizin am Allgemeinen Krankenhaus Wien (AKH). Zwischen 1995 und 2001 folgten Forschungsaufenthalte und Gastprofessuren in Schweden und Florida. 2004 wurde er zum Universitätsprofessor und Leiter der Universitätsklinik für Klinische Pharmakologie an der Medizinischen Universität Wien am AKH Wien ernannt. Seit Oktober 2011 ist er Vizerektor für Forschung an der Medizinischen Universität Wien. Im Mai 2015 wurde er zum Rektor der Medizinischen Universität Wien gewählt. Sein Antritt erfolgt im Oktober 2015.

Value of Innovation – Welchen Beitrag stellen Forschung und Entwicklung für das österreichische und dänische Gesundheitssystem dar?

Wieder einmal durfte der Danish Health Circle Entscheidungsträger aus dem österreichischen Gesundheitswesen zu einem Botschaftsempfang in die Residenz des dänischen Botschafters einladen. Als Gastreferent konnte Peter Torsten Sørensen, MD gewonnen werden. In einem Impulsvortrag präsentierte er Fakten zum dänischen Gesundheitssystem und beschrieb detailliert den Status quo, die Entwicklungen und Probleme, aufbauend auf seinem Vortrag beim Danish Health Circle über Primary Health Care 2014. Anschließend diskutierte Sørensen unter reger Beteiligung des interessierten Auditoriums über die Unterschiede und Parallelen zwischen Österreich und Dänemark. Lesen Sie hier eine Zusammenfassung der wichtigsten Punkte des Vortrags und der spannenden Diskussion.

Von DI Anna Lena Kollos



I.E. Botschafterin Liselotte Kjærsgaard Plesner | Peter Torsten Sørensen



Die Teilnehmer im Gespräch

2012 – als Dänemark den EU-Vorsitz innehatte – wurde unter der Schirmherrschaft der königlich dänischen Botschaft in Wien der Danish Health Circle ins Leben gerufen. Gemeinsam mit Vertretern der österreichischen Niederlassungen der dänischen Unternehmen Coloplast, LEO Pharma, Lundbeck und Novo Nordisk soll der internationale Austausch im Gesundheitswesen insbesondere auch mit den nordischen Staaten intensiviert und gefördert werden. Im Rahmen von Veranstaltungen wie dem diesjährigen Botschaftsempfang am 20. Mai 2015 sollen aktuelle Herausforderungen und Zielsetzungen der Gesundheitspolitik erörtert und diskutiert werden. Im Mittelpunkt steht hierbei der offene Dialog und Meinungsaustausch unter den geladenen Experten und Entscheidungsträgern zu den Kernthemen Innovation, Patienten im Fokus, ökonomische Rahmenbedingungen und Erkenntnisse, die aus internationalen

Best-Practice-Beispielen gewonnen werden können. Diesmal stand der Botschaftsempfang im Zeichen von Innovationen im Gesundheitssystem – im Vordergrund Prozessinnovationen durch Einführung von Primary-Health-Care-Strukturen und deren Versorgungswirkung. Botschafterin Liselotte Kjærsgaard Plesner begrüßte die anwesenden Gäste und sprach in ihrer Eröffnungsrede über die Gemeinsamkeiten zwischen Österreich und Dänemark hinsichtlich des Wunsches, das jeweilige Gesundheitssystem effizienter zu gestalten. Sie selbst spricht sich vor allem für die Gesundheitsförderung aus und betont, wie wichtig auch die kleinen Innovationen und die Vorbildwirkung sind. Hier kann jeder Zeichen setzen, etwa indem sie selbst mit dem Rad zum Neujahrsempfang fährt und mit diesem Statement mittlerweile auch schon viele andere Gäste des Bundespräsidenten zur Benützung von Fahrrädern motivieren konnte.

Fünf Regionen, aber nur eine Krankenkasse

In seinem Impulsvortrag gab Peter Torsten Sørensen den anwesenden Teilnehmern einen Überblick über die Innovationen und Änderungen des dänischen Gesundheitssystems. In Dänemark gibt es 60 öffentliche Krankenhäuser und fast keine Privatspitäler. Zudem werden die derzeit 23.000 öffentlichen Krankenhausbetten künftig weiter reduziert. Die Fachärztelandschaft ist in Dänemark um ein Vielfaches kleiner als in Österreich und liegt bei ca. 800 niedergelassenen Fachärzten. 3.500 Allgemeinmediziner sind in ca. 2.100 Praxen tätig. Die einstmalig 14 Landkreise Dänemarks wurden außerdem in fünf Regionen zusammengefasst. Das dänische Gesundheitssystem ist frei zugänglich für jeden, unabhängig von der ökonomischen Situation. Nicht nur die Landkreise, auch die Anzahl der Gemeinden wurde von 275 auf 98 reduziert. Diesen Gemeinden wurden durch die innovative Umstrukturierung auch neue Verantwortlichkeiten hinsichtlich des Gesundheitssystems übertragen; so sind die Gemeinden für die Prävention und Rehabilitation zuständig und kofinanzieren das Gesundheitssystem zu 74 %. In Dänemark wird eine recht strikte Trennung zwischen primärem und sekundärem Gesundheitssektor gelebt. Erster Ansprechpartner für den Patienten ist der Allgemeinmediziner, der, wenn er es für notwendig hält, den Patienten weiter ans Krankenhaus überweist. Auch der Zeitraum, in dem eine Behandlung zu erfolgen hat, ist bemerkenswert. Ein Patient muss in jedem Fall innerhalb von nur vier Wochen stationär behandelt werden, andernfalls ist eine Behandlung in einem Privatspital möglich, wobei das staatliche Gesundheitssystem dafür die Kosten übernehmen muss.

Die Weiterentwicklung und daraus resultierende Herausforderungen

Durch die beschriebenen Erneuerungen im Gesundheitssektor ist die Bevölkerung Dänemarks im europäischen Vergleich überaus zufrieden. Dennoch steht das Gesundheitssystem Dänemarks nach wie vor Herausforderungen gegenüber, die auch in Österreich bekannt sind. Das aktuelle Durchschnittsalter der Allgemeinmediziner liegt bei etwa 55 Jahren, Tendenz steigend. Auch das Arbeitspensum ist hoch bei gleichzeitig geringen Fördergeldern für den Arzt. Ein weiteres Problem ist, dass das Gesundheitssystem stark fragmentiert ist, ein Mangel an Fachärzten herrscht und die Interaktion zwischen Allgemeinmedizinern, Krankenhäusern und der Primärversorgung nicht optimal funktioniert. Eine weitere Herausforderung, mit der auch das österreichische Gesundheitssystem konfrontiert ist, sind sogenannte Lifestyle-Erkrankungen, chronische Erkrankungen und psychische Komorbiditäten. Innovationen hinsichtlich Messmethoden und Diagnostik für diese Erkrankungen machen auch Innovationen und ein Umdenken hinsichtlich Budgetierung und Ressourcenallokation notwendig. Zusammenfassend lässt sich klar erkennen, dass im Mittelpunkt aller Innovationen – wie auch in Österreich – im dänischen Gesundheitssystem ein besserer Service für Patienten steht. Darüber hinaus erhofft sich Dänemark eine Effizienzsteigerung und fortschrittliche Zusammenarbeit verschiedener im Gesundheitssystem involvierter Gruppen. Und wie Frau Botschafterin Kjærsgaard Plesner in ihren einleitenden Worten bereits sagte, sind der Gedanke und das Motto des Eurovision Song Contest mit „Building Bridges“ durchaus auch für das Gesundheitssystem in Dänemark und Österreich vorstellbar. ■



Mag. pharm. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr | Dr. Josef Probst



Mag. Hanns Kratzer | I.E. Botschafterin Liselotte Kjærsgaard Plesner | Peter Torsten Sørensen

Jubiläumsfeier „70 Jahre Europäisches Forum Alpbach“



Was im Sommer 1945 auf einer Wiese begann, ist dank unzähliger engagierter Menschen zu einer Institution mit Weltformat gewachsen. Zum 70-Jahre Jubiläum der „Festspiele des Wissens“ gratulierten Bundespräsident Heinz Fischer, EU-Kommissionspräsident Jean-Claude Juncker und 400 Gäste am 21. April 2015 im MAK Wien dem Europäischen Forum Alpbach zu seiner einzigartigen Erfolgsgeschichte.

Von Mag. (FH) Martina Dick

2015 jährt sich die Gründung des Europäischen Forums Alpbach zum 70. Mal – daher luden Franz Fischler, Präsident des Europäischen Forums Alpbach, und sein Team zu einer Jubiläumsfeier ins MAK Wien. Als Gratulanten waren neben EU-Kommissionspräsident Jean-Claude Juncker, IWM-Rektorin Shalini Randeria und Bundespräsident Heinz Fischer rund 400 Gäste aus Wissenschaft, Wirtschaft

v.l.n.r.: Claus J. RAIDL, Franz FISCHLER, Jean-Claude JUNCKER, Shalini RANDERIA, Sonja PUNTSCHER RIEKMANN, Sebastian KURZ, Ursula SCHMIDT-ERFURTH, Caspar EINEM

und Politik anwesend. Darunter Außenminister Sebastian Kurz, Sozialminister Rudolf Hundstorfer, Landwirtschaftsminister Andrä Rupprechter, Grünen-Chefin Eva Glawischnig, Neos-Vorsitzender Matthias Strolz, Ex-Finanzminister Hannes Androsch und die Ehrenpräsidenten des Europäischen Forums Alpbach, Erhard Busek und Heinrich Pfusterschmid-Hardtenstein. Mit Elisabeth Waltz-Urbancic und Ivo Fischer waren auch zwei Teilnehmer des ersten Forums 1945 zu Gast.

Die Kraft der Idee „Europa“

Bundespräsident Heinz Fischer und Außenminister Sebastian Kurz blickten auf ihre ganz persönlichen Erfahrungen mit dem Europäischen Forum Alpbach zurück.

IWM-Rektorin Shalini Randeria forderte von Europa mehr Lernfähigkeit und eine offenere Haltung im globalen Kontext ein. EU-Kommissionspräsident Jean-Claude Juncker sprach sich mit klaren Worten für eine stärkere Integration innerhalb der EU-Mitgliedsländer aus. Milana Sredojevic, Vertreterin des Forum Alpbach Network, wünschte dem Europäischen Forum Alpbach, dass in den nächsten Jahren noch mehr Ideen aus Alpbach umgesetzt werden.

Jubiläumsmotto:

Eine Reise zu neuen Ideen

Das Europäische Forum Alpbach nahm den Abend zum Anlass, seinen Gratulanten das zu bieten, was diese an Alpbach schätzen: einen Raum für Austausch von Wissen

und Ideen. Die Gäste konnten neue Methoden der Ideenfindung kennenlernen oder Alpbach-Insidern wie Hannes Androsch und Elisabeth Waltz-Urbancic beim Erzählen von Anekdoten lauschen. In einem Kinosaal wurde der neue Alpbach-Dokumentarfilm „Mein Europa – Ein Dorf“ von Regisseur Kurt Langbein (Alpbach-Premiere am 22. August 2015) gezeigt. Junge Vertreterinnen und Vertreter aus 25 Ländern machten es in einem eigens eingerichteten Alpbach-Café möglich, in Zeitdokumenten durch die Geschichte des Europäischen Forums Alpbach zu blättern. ■



1 EU-Kommissionspräsident Jean-Claude JUNCKER | 2 Shalini RANDERIA, Direktorin des IWM | 3 Sebastian KURZ, Heinz FISCHER, Anna WOHLSESSER | 4 Franz FISCHLER, Jean-Claude JUNCKER | 5 Jubiläumsfeier „70 Jahre Europäisches Forum Alpbach“

Substitutionsforum Mondsee 2015

Zum 18. Mal zog das interdisziplinär ausgerichtete Programm der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkranken (ÖGABS) viele namhafte Experten und Teilnehmer auf dem Gebiet der Substitutionsbehandlung nach Mondsee. Univ.-Prof. Dr. Alfred Springer, Vorsitzender der ÖGABS, und Dr. Johanna Schopper, Nationale Drogenkoordinatorin im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), begrüßten die rund 200 Teilnehmer zum intensiven zweitägigen Austausch von Wissenschaft und Praxis unter Betonung der Partnerschaft zwischen Fachgesellschaft und regulatorischer Ebene. Im PERISKOP-Interview fasst Alfred Springer einige wichtige Trends zusammen.

Von Mag. (FH) Martina Dick



Univ.-Prof. Dr. Alfred Springer, Vorsitzender der ÖGABS

P: Welche Themenbereiche behandelte das Forum?

Springer: Die Fachveranstaltung widmete sich heuer vor allem Fragen der ethischen und rechtlichen Verantwortung von Substituierenden und Substituierten im Spannungsfeld individueller (gesundheitsbezogener) Entscheidungen und des gesellschaftlichen Wunsches nach Regulierung. Intensive Betrachtung fanden auch weitere Aspekte der Substitutionstherapie: die Arzneimittelsicherheit, Behandlungssettings für komorbide Patienten, die Entwicklung der Substitution in Wien und die heroingestützte Behandlung in der Schweiz, Konsumententwicklungen bei Freizeitdrogen sowie der Medikamentenmissbrauch. Im praxisorientierten Teil wurden neue Entwicklungen in der Behandlung komorbider Erkrankungen (Hepatitis, HIV, TBC, Depression, ADHS etc.) und der Alkoholkrankheit sowie die Problematik der Substitutionstherapie in der Schwangerschaft vorgestellt.

P: Warum der Schwerpunkt zu den regulatorischen Ebenen?

Springer: Wir reagierten damit auf eine aktuelle Tendenz in Europa. Innerhalb des Europäischen Aktionsplans gegen Drogen gilt es als neuer Schwerpunkt, den Arzneimittelgebrauch unter Kontrolle zu bringen. In den USA wird der verschreibungswidrige Gebrauch von verschreibungspflichtigen Schmerzmitteln mit einer stark steigenden Zahl an Todesfällen als großes Problem dargestellt. Die europäischen drogenpolitischen Organe führten Forschungsprojekte zur aktuellen Lage durch und möchten proaktiv reagieren. Obwohl die Dimension des Problems in Europa nicht mit US-Verhältnissen zu vergleichen ist, nimmt die Abgabe der Substanzen zu. Daher will man mögliche negative Konsequenzen im Auge behalten, nicht riskieren, dass hier eine ähnliche Überdosismortalität entsteht. In diesem Zusammenhang steht die Auseinandersetzung mit Fragen zur Arzneimittelsicherheit in der

Substitutionsbehandlung – insbesondere die Suche nach neuen Zubereitungsstrategien, die den verschreibungswidrigen Gebrauch verhindern.

P: Die Sicherheit der Patienten steht im Vordergrund?

Springer: Aus politischer Sicht hat die Sicherheit der Gesellschaft Vorrang. Missbrauchssicherheit gilt als wichtiges Thema, dem sicherheits- und gesundheitspolitische, aber auch wirtschaftliche Bedeutung zukommt. Sie ist nicht beschränkt auf die „klassische“ Substitutionsbehandlung. Sie bezieht sich auch auf die Entwicklung von Arzneimitteln zur Substitution, zur Schmerztherapie, zur Behandlung affektiver Störungen etc. Für die Patienten und die substituierenden Ärzte entsteht eine komplexe Situation. Die Technologien sind noch nicht ausgereift, in der Anwendung nicht genügend überprüft. Sie bringen neue Risiken für jene Patienten, die die miss-

brauchssicheren Zubereitungen verschreibungswidrig einnehmen. Sie sind daher nur für gut motivierte Patienten geeignet und sollten niemals zwangsweise verschrieben werden. Daraus erwächst den Ärzten, denen das Wohl der Patienten zentrales Anliegen ist, eine neue Aufgabe: Sie müssen mehr auf die Zusatz- und Füllstoffe achten, über deren Risiken informiert sein, um ihre Patienten ausreichend aufklären zu können. Daraus ergibt sich der Auftrag an die Fachgesellschaften, mit den Entwicklungen Schritt zu halten und Fort- und Weiterbildung anzubieten.

P: Ist die Anzahl der Medikamente für die Substitution ausreichend?

Springer: Wir haben im internationalen Vergleich ein breites Angebot. Ein Problem stellen aus medizinischer und psychiatrischer Sicht die „first line“-Empfehlungen dar. Die Forderung, eine alternative Substanz nur

zu verschreiben, wenn eine Unverträglichkeit gegenüber der als „first line“ definierten Medikation zu beobachten ist, beeinträchtigt korrektes medizinisches Handeln. Andere Substanzen können zur Behandlung eines individuellen Falles, unter Berücksichtigung somatischer und psychischer Komorbiditäten, besser geeignet sein, auch wenn das „first line“-Präparat vertragen wird. Wichtig ist, dass die Patienten in Behandlung bleiben – und diese ist umso stabiler, je besser das Substitutionsmittel ihren Bedürfnissen entspricht. Alle zur Verfügung stehenden Substanzen sollten in Bezug auf Nebeneffekte und psychopharmakologische Qualität wissenschaftlich genauer bewertet werden.

P: Was kann Österreich von anderen Ländern lernen?

Springer: In der Schweiz ist es gelungen, das Konzept der „Harm-Reduction“ politisch zu festigen und eine heroingestützte Behandlungsform zu etablieren. So hat die medizinische Kontrolle auch risikobehaftete Konsumformen erreicht, ein passendes Behandlungssetting für polykomorbide Patienten etabliert. Das Heroinprogramm hat für die Patienten verschiedenste Anreize: Sie erhalten jene Substanz, die sie sich wünschen, in einer

relativ hohen Dosis und in der gewünschten Verabreichungsform. Die bevorzugte Konsumsitte steuert also das Programm (in den Niederlanden ist es eine rauchbare Form des Heroins). Ich meine, dass der Erfolg genau darin begründet liegt. Auch Österreich könnte sich an ein Injektionsprogramm wagen – das Spritzenaustauschprogramm und Harm-Reduction-Maßnahmen sind bereits etabliert.

P: Der Versorgungsrahmen ist in Österreich sehr gut. Welche Probleme gibt es noch?

Springer: Die österreichischen Rahmenbedingungen werden im BMG gemeinsam mit Experten erarbeitet, Beschlüsse zusammen mit den Suchtkoordinatoren gefasst. Regionale Unterschiede gibt es (Modelle Stadt vs. Land). Ein Problem ist aber, dass zunehmend weniger Ärzte (ländliche Bereiche) substituieren. Dies liegt auch an verschiedenen wirksamen Ärztekammern. Die ÄK Wien hat für die Vergütung der

Substitution gesorgt. Andere Bundesländer hängen nach, manche befinden sich gerade in Umstellung. Die juristische Situation der substituierenden Ärzte ist äußerst problematisch – nicht nur in Österreich, auch in Deutschland. ÖGABS unterstützt in Kooperation mit Juristen, Strafrechtlern und dem BMG den Prozess, die Rechtslage zu verbessern.

P: Welche Tendenzen bestehen in der Behandlung von Alkoholkrankungen?

Springer: Für schwere Alkoholiker mit Organ- oder Hirnschäden wird die Abstinenz das Ziel bleiben müssen. Andererseits unterstützt man Konzepte zum kontrollierten Trinken. Der Einsatz von Opioidantagonisten soll das Craving reduzieren – eine Entwicklung, die manchen Alkoholikern gut tut. Aus meiner Sicht ist das Risiko der Opiatantagonisten, eine Art „emotionale Kastration“ zu bewirken, unterschätzt, auf jeden Fall aber zu wenig beforscht. Ein gewisser Paradigmenwechsel ist der europäischen Forschungslage zu entnehmen. Alkoholranke werden zunehmend als mündige Patienten betrachtet. Man ermöglicht ihnen, in Absprache mit dem Betreuer aus einer Palette von Behandlungen zu wählen. Verstärkt gibt es Behandlungszugänge, die darauf abzielen, eine Lebensstilveränderung zu erwirken. Aus meiner Sicht sind Konzepte des Empowerments jene, die am ehesten eine Entstigmatisierung der Suchtkranken vorantreiben können. ■

Wissenschaftliches Komitee

Dr. Hans Haltmayer
Dr. Gerhard Rechberger
Dr. Peter Skriboth
Univ.-Prof. Dr. Alfred Springer
Dr. Wolfgang Werner

Referenten:

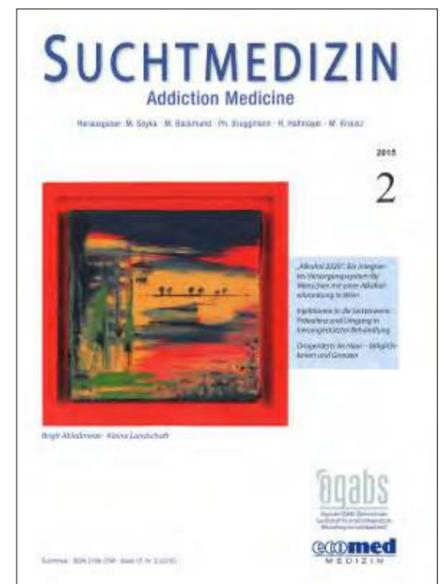
OÄ Dr. Andrea BACHMANN
Universitätsklinikum, Tulln
Univ.-Prof. Dr. Alois BIRKLBAUER
Johannes-Kepler-Universität, Linz
Dr. Martin BUSCH
Österr. Bundesinstitut für Gesundheit –
Gesundheit Österreich GmbH, Wien
Mag. Sonja GRABENHOFER
Suchthilfe Wien gGmbH
Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael
GSCHWANTLER | Wilhelminenspital, Wien
Dr. Hans HALTMAYER
Beauftragter für Sucht- und
Drogenfragen der Stadt Wien
Dr. Jutta KOROSEK
Verein Dialog, Wien
OA Dr. Ekkehard MADLUNG-KRATZER
Landeskrankenhaus Hall in Tirol
Dr. Gerhard RECHBERGER
Verein Dialog, Wien
Dr. Johanna SCHOPPER
Bundesministerium für Gesundheit
Dr. Peter SKRIBOTH
Verein Dialog, Wien
Univ.-Prof. Dr. Alfred SPRINGER
ÖGABS
OA Dr. Johann STRASSER
Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel
Univ.-Prof. Dr. Henriette WALTER
Univ.-Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie, MedUni Wien, AKH
DI Marion WEIGL
Österr. Bundesinstitut für Gesundheit –
Gesundheit Österreich GmbH, Wien
Dr. Wolfgang WERNER
Psychosoziale Zentren GmbH

Über die ÖGABS

Die Behandlungskonzepte für Abhängigkeiten aller Art verfolgen verschiedene Strategien. Grundsätzlich geht es darum, das „süchtige“ Verlangen nach psychoaktiven Stoffen zu beeinflussen. Versucht wird, entweder das Verlangen selbst medikamentös zu bekämpfen („Anti-Craving“-Substanzen) oder die Substanzen kontrolliert abzugeben (Nikotinersatztherapie, Substitutionsbehandlung mit Opioiden). Die einzelnen Behandlungsmethoden sind, obwohl Evaluationen national und international gute Erfolge zeigten, gesellschaftspolitisch umstritten. Vertreter der arzneimittelgestützten Behandlung der Suchtkrankheit aus verschiedenen medizinischen Disziplinen und aus der Forschung haben sich deshalb in der ÖGABS zusammengeschlossen, um den Problemen, denen sich dieser Behandlungszugang ausgesetzt sieht, auf professionellem Weg zu begegnen.

Die Ziele der ÖGABS sind:

- ▶ Optimierung der arzneimittelgestützten Behandlung in allen Dimensionen.
- ▶ Förderung der Forschung zu diesem Behandlungsbereich.
- ▶ Beteiligung an Fort- und Weiterbildung hinsichtlich der medizinischen Aspekte der Behandlung.
- ▶ Veranstaltung von wissenschaftlichen Tagungen.
- ▶ Pflege enger wissenschaftlicher Kontakte zu verwandten Gesellschaften.
- ▶ Information der Öffentlichkeit über Resultate der laufenden Forschung.
- ▶ Medien- und Pressearbeit.
- ▶ Entstigmatisierende Maßnahmen – Initiativen der sozialen Integration, der wissenschaftlichen Bewertung der Arzneimittel, der Verbesserung der Rechtslage und des legalen Status der substituierenden Ärzte.



Suchtmedizin

Die wissenschaftliche Fachzeitschrift SUCHT-MEDIZIN – ADDICTION MEDICINE ist seit 2013 das offizielle Organ der ÖGABS. Es wird jährlich sechsmal über die ÖGABS-Aktivitäten und wichtige Themen im Bereich Sucht und Suchtmedizin berichtet.



Plattform Patientensicherheit

Austrian Patient Safety Award 2015

Die Plattform Patientensicherheit schreibt heuer erneut den Preis für Patientensicherheit unter dem Titel „Austrian Patient Safety Award“ (APSA) aus. Er wird für innovative Leistungen zur Erhöhung der Patientensicherheit und Qualität in Gesundheitseinrichtungen vergeben. Ziel ist es, hervorragende Projekte der Öffentlichkeit zu präsentieren und damit für das Thema zu sensibilisieren.

Ziele:

- Erhöhung des Bewusstseins für Patientensicherheit
- Aufklärung zum Thema Patientensicherheit
- Motivation zu mehr Patientensicherheit
- Erzeugung von Innovationen
- Aktive Einbindung der Zielgruppe
- Erstellung einer Landkarte guter Projekte
- Sicherung der Nachhaltigkeit des Themas

Wer kann einreichen?

Krankenanstalten, Abteilungen und Stationen bzw. ambulante Gesundheitseinrichtungen (Ordinationen, Gruppenpraxen, Institute).

Was kann eingereicht werden?

Die Ausschreibung des Austrian Patient Safety Awards 2015 richtet sich an alle Personen, die Maßnahmen oder Projekte im Bereich Patientensicherheit im Gesundheitsbereich durchgeführt haben, die zur Förderung der Patientensicherheit unter Berücksichtigung folgender Prinzipien gedacht sind:

- Teamorientierung
- Klinische und Praxisrelevanz
- Methoden- und Maßnahmencompliance
- Umsetzung und Grad der Implementierung
- Sicherstellen von Nachhaltigkeit

Wann ist die Einreichfrist?

Die Projekte können von 18. Mai bis 17. August 2015 elektronisch eingereicht werden. Das Online-Bewerbungsformular sowie weitere Informationen finden Sie unter: www.plattformpatientensicherheit.at.

Wer ist die Jury?

Die Entscheidung über die Preisträger trifft eine fachkundige Jury aus dem Gesundheits- und Patientensicherheitsbereich.

Wann wird der Austrian Patient Safety Award verliehen?

Der genaue Termin der Preisverleihung wird noch bekanntgegeben. Die Preisübergabe wird bei der Welldone Lounge im Herbst 2015 erfolgen.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

Dr. Maria Kletecka-Pulker | Geschäftsführerin Österreichische Plattform Patientensicherheit
Tel. 0043-1-4277-22202 | E-Mail maria.kletecka-pulker@univie.ac.at

Gemeinsam für mehr Patientensicherheit

1. Internationaler Aktionstag am 17. September 2015 will Bewusstsein schaffen



2015 steht ganz im Zeichen der Patientensicherheit. Neben der Verleihung des zweiten Austrian Patient Safety Awards findet heuer am 17. September erstmals der Internationale Tag der Patientensicherheit statt. Im Mittelpunkt steht das Thema „Hygiene und Vermeidung von Infektionen in Gesundheitseinrichtungen“. Alle Gesundheitseinrichtungen in Österreich, Deutschland und der Schweiz – von Krankenhäusern über Pflegeheime, Rehabilitationszentren bis hin zu Arztpraxen – sind aufgerufen zu zeigen, was sie bereits tun, um Infektionen und andere Risiken zu vermeiden. Die Patientinnen und Patienten – sowie alle, die es einmal werden könnten – erfahren, wie sie sich selbst wirksam schützen können. Koordiniert werden die Aktionen in den einzelnen Ländern von der Plattform Patientensicherheit (A), dem Aktionsbündnis Patientensicherheit (D) und der Stiftung für Patientensicherheit (CH). „Der Internationale Tag der Patientensicherheit lebt vom Mitmachen. Wir wollen alle Ak-

teure mobilisieren und die Öffentlichkeit sensibilisieren“, betonen die Vorsitzenden der drei Partnerorganisationen. Geplant sind Aktionen wie Tage der offenen Tür, Podiumsdiskussionen, Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen in Krankenhäusern, Unikliniken und anderen Einrichtungen. Das Motto lautet: Jede Infektion, die verhindert werden kann, vermeidet Leid und Kosten. Wenn alle zusammenarbeiten, können behandlungsassoziierte Infektionen in Gesundheitseinrichtungen auf ein Mindestmaß reduziert und damit ein wichtiger Beitrag für mehr Patientensicherheit geleistet werden.

Machen Sie mit!

Die Plattform Patientensicherheit freut sich über eine aktive Beteiligung von Ihnen und Ihrer Organisation.

Mehr Infos unter:

Internationaler Tag der Patientensicherheit:
www.patient-safety-day.org
Plattform Patientensicherheit (A):
www.plattformpatientensicherheit.at
www.tagderpatientensicherheit.at
Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (D):
www.aps-ev.de
www.tag-der-patientensicherheit.de
Stiftung für Patientensicherheit (CH):
www.patientensicherheit.ch



KAV-General Udo Janßen: Deutschland vs. Österreich?

Seit 1. November 2014 ist der deutsche Mediziner, Betriebswirt und Wirtschaftsjurist Prof. Dr. Udo Janßen Generaldirektor des Wiener Krankenanstaltenverbunds (KAV). PERISKOP sprach mit ihm über seinen Weg ins Gesundheitswesen, das Wiener Spitalskonzept 2030 und die Unterschiede zu Deutschland.

Von Maximilian Kunz, MAS, MBA

P: Wie skizziert sich Ihr Werdegang und was hat Sie ins Gesundheitswesen geführt?

Janßen: Meine Familie ist bereits in dritter Generation im Gesundheitswesen tätig und ich bin am Rande eines ausgedehnten Spitalskomplexes aufgewachsen. So hatte Gesundheit von klein auf einen besonderen Stellenwert in meinem Leben. Über meine Qualifikation als Mediziner führten mich verschiedene Beratungsmandate in die Unternehmensberatung, die mich – insbesondere auf internationaler Ebene – seit jeher fasziniert hat. So konnte ich bisher nicht nur europäische Nationen auf Ministerialebene hinsichtlich der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens beraten, sondern war auch für die deutsche Bundesregierung in der Exportinitiative Gesundheitswirtschaft tätig. In diesem Zusammenhang gab es Aufträge aus Saudi-Arabien, Russland oder Israel. Nicht zuletzt durch mein diesbezügliches Engagement konnte ich verschiedene Gesundheitssysteme unterschiedlicher Ausprägungen kennenlernen. Freilich braucht man – um hier erfolgreich sein zu können – auch ökonomisches Fachwissen. Die Summe all dieser Komponenten hat für mich das Rüstzeug ergeben, um die Anfrage, sich einer derartigen Herausforderung zu stellen, anzunehmen. Die damit verbundene Verlegung meines Lebensmittelpunkts nach Wien bestärkte mich in dieser Entscheidung zusätzlich.

P: Einer Ihrer Schwerpunkte ist die Umsetzung des Wiener Spitalskonzepts 2030. Wie bewerten Sie den Status quo?

Janßen: Das Spitalskonzept 2030 ist auf einem guten Weg, in baulicher wie auch in betriebsorganisatorischer Hinsicht. Denken Sie nur an das Krankenhaus Nord, das in beiden Bereichen ganz neue Standards setzen wird. Es basiert auf einem gesellschaftspolitischen Konsens, wodurch die parteipolitische Auseinandersetzung ausblieb. So konnte man viel Zeit sparen und

die Kommunikation unter den beteiligten Stakeholdern verbessern. Jemanden zu finden, der eine derartige Planung infrastrukturell und inhaltlich forciert bzw. umsetzt, ist wohl immer eine Herausforderung. Genau das war auch die eigentliche Challenge für mich. Ein besonders reizvoller Aspekt ist es auch, darauf zu schauen, wie Medizin bis zum Jahr 2030 aussehen wird. In diesem Spannungsgefüge bauen wir an der Spitalslandschaft der Zukunft, die dem eigentlichen Prozess folgt, und nicht städtebaulichen und architekturlastigen Konzepten. Am Ende des Prozesses wird Wien von 6 plus 1 Schwerpunktspitalern versorgt, in Regionen aufgeteilt, mit Basisversorgung und Schwerpunkten, die wir in einem medizinischen Masterplan definiert haben.

P: In Österreich gibt es eine klare Trennung zwischen dem stationären und dem niedergelassenen Bereich. Wie erleben Sie diese aus der Sicht eines Krankenanstaltenträgers?

Janßen: In Deutschland ist das System bezüglich dieser Sektorengrenze nicht ganz unähnlich. Die Herangehensweise ist dort wie hier dahingehend orientiert, eine harmonische, nicht unmittelbare Grenze der beiden Bereiche zu ziehen. Insofern war die Umstellung keine besonders große. In Österreich haben wir aber einen erheblichen Anteil an Steuerfinanzierung, was sicherlich Auswirkungen darauf hat, wofür das Geld letztlich ausgegeben wird. Die Notwendigkeit für einen Spitalsverbund – der sich primär um stationäre Versorgung kümmern sollte – derart weit in die ambulante Leistungserbringung einzugreifen, ist sicherlich ein Spezifikum von Wien, das kritisch hinterfragt werden muss. Auch hier gibt es Veränderung. Mit der Schaffung von Primärversorgungszentren – zwei konkrete Projekte laufen bereits 2015 an – wird ein wichtiger Schritt zum Best Point of Service für die Patientinnen und Patienten gemacht.

P: Was könnte das deutsche Gesundheitswesen noch vom österreichischen lernen? Wie steht es dabei um die Zusammensetzung aus privatwirtschaftlichen Playern und öffentlichem System?

Janßen: Beim Gesundheitssystem in Österreich ist die Bejahung des öffentlichen Auftrags noch weit deutlicher spürbar als zuletzt in Deutschland. Dieses Bekenntnis spürt man besonders in Wien. Eine privatwirtschaftlich orientierte Versorgung als Alternative würde zwangsläufig die Frage auf, ob die Marktkräfte tatsächlich dazu ausreichen, die Versorgung im Sinne des Sozialstaates dauerhaft sicherzustellen. Deutschland ist weit größer und verträgt demnach einen größeren Prozentsatz an privatwirtschaftlichen Playern im System. Vor dem Hintergrund aktueller Bewegungen kann ich aber ausschließen, dass ein rein marktwirtschaftlich orientiertes System tatsächlich allen Bedürfnissen der Daseinsvorsorge gerecht werden könnte. In Österreich sehen wir, dass Privatwirtschaft verstärkt dort Einzugs findet, wo sie eben nicht das komplette Versorgungsportfolio abzudecken hat. Wo es das öffentliche System zulässt, dort sollte aus meiner Sicht auch Privatwirtschaft gedeihen. Insbesondere dann, wenn gewisse Leistungen, etwa aufgrund von marktwirtschaftlichen Aspekten, dadurch günstiger erbracht werden können. Freilich soll das nicht dazu führen, dass sozusagen die „guten Risiken“ in der Privatwirtschaft abgewickelt werden und die „schlechten Risiken“ in das öffentliche Gesundheitswesen rücktransferiert werden.

P: Die Gesundheitsreform ist ein vieldiskutiertes Thema. Gerade in Wien gibt es konkrete Projekte, etwa im Bereich der Primärversorgungszentren. Wo sehen Sie die Gesundheitsreform auf dem richtigen Weg? Wo orten Sie Optimierungsbedarf?

Janßen: Den Patientinnen und Patienten muss ein zuverlässiges System zur Verfügung stehen, an das sie sich aus jeder individuellen Notlage heraus jederzeit wenden

können und das sie optimal lenkt. Selbstverständlich wird ein Verunfallter in der Notaufnahme bestmöglich und, gesamt-systemisch betrachtet, effizientest versorgt. Problematischer ist das bei einem alleingelassenen Patienten, der mit seinem Krankheitsbild eine geeignete Gesundheitseinrichtung sucht – oft nicht einmal wissend, ob er stationär oder ambulant versorgt werden muss. In unseren Spitalsambulanzen sehen wir, dass nur drei von zehn Ambulanzbesuchen in einem stationären Aufenthalt münden. Ergo suchen sieben von zehn Menschen das Spital auf, ohne letztlich stationär versorgt werden zu müssen. Hier ist zu hinterfragen, ob die Begründung in einer Fehlallokation oder einem Angebotsdefizit im niedergelassenen Bereich liegt. Die Primärversorgungszentren können da eine bisher bestehende Lücke schließen. In Deutschland ist der Präsenzdienst in den Ordinationen dahingehend geregelt, dass in jedem kassenärztlichen Bereich ein Notdienst definiert ist, der für die ambulante Versorgung im ärztlichen Bereich zur Verfügung steht. Es wird also nicht an



PROF. DR. UDO JANßEN
Generaldirektor des Wiener
Krankenanstaltenverbunds
(KAV)



Spitäler rücktransferiert. Dennoch gibt es zunehmend Hybridstrukturen, bei denen sich der niedergelassene Bereich im Spital organisiert und so zur optimalen Patientenversorgung beiträgt. Eine große Herausforderung besteht hier in der Schnittstelle zwischen Spitalsaufenthalt und Entlassung in die häusliche Pflege, gerade in einer wachsenden Stadt wie Wien. Es muss ausreichend Angebote im sozialen und im ambulanten Bereich geben, damit die Patienten auch nach Spitalsaufenthalten gut versorgt sind. Das betrifft gerade ältere, oft alleinstehende Personen in besonderem Ausmaß. Die Stadt Wien stellt hier grundsätzlich ein breites Angebot zur Verfügung.

P: Auf welche weiteren Themen der Gesundheitsreform wird sich der KAV künftig konzentrieren?

Janßen: Als Spitalsbetreiber sind wir in erster Linie für die stationäre Versorgung zuständig. Die bisherige, historisch gewachsene Leistungserbringung ist in Facheinheiten gegliedert, die zunehmend in Form von Kooperationen miteinander verbunden sind. Das aber nicht nur, weil es die Struktur abverlangt, sondern auch, weil zunehmend Engagement einzelner Disziplinen interdisziplinär am Patienten zur Anwendung kommt. Von unserer Planung für die Zukunft versprechen wir uns, dass der Patient nicht mehr auf Wanderschaft zwischen verschiedenen Einrichtungen gehen muss, weil er in unseren Spitälern – das schließt Spezialeinrichtungen ein – umfassend versorgt wird. Von der Primärdiagnostik bis zur Strahlentherapie soll die Versorgung an einem Standort stattfinden. Das schafft mehr Kontinuität in der Patientenversorgung, wovon ich mir auch eine Steigerung der Qualität verspreche. Zudem sehen wir, dass etwa in der Augenheilkunde, die ursprünglich ein stationärer Bereich war und heute zu 95 Prozent ta-

gesambulant abgewickelt wird, Aufholbedarf hinsichtlich der Strukturanpassung besteht. Ich wünsche mir, dass der Patient aus der Kubatur eines Spitals herausgenommen wird – schließlich erfordert Augenheilkunde kaum Interdisziplinarität. Es wäre also zu überlegen, wie man hier die Versorgung zugunsten des Patienten und des Systems adaptieren kann. Ähnlich verhält es sich in der Dermatologie. Auch hier machen Fachzentren durchaus Sinn. In der Medizin geht Qualität immer mit entsprechenden Fallzahlen einher. Mit der Konzentration im Rahmen des Spitalkonzepts 2030, der Schwerpunktsetzung der Spitäler und dem Medizinischen Masterplan zielen wir auch auf eine bessere Mischung der Fallzahlen ab, wodurch die Fachexpertise mittel- bis langfristig zusätzlich verbessert werden kann und wird. ■

BioBox:

Prof. Dr. Udo Janßen wurde 1967 in Birkesdorf (D) geboren und studierte in Mindestzeit Medizin an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität in Bonn bzw. der Ludwig-Maximilians-Universität München. Nach seiner Tätigkeit als Assistenzarzt und wissenschaftlicher Mitarbeiter an den Uniklinika München absolvierte er zusätzlich ein berufsbegleitendes Studium aus Betriebswirtschaftslehre sowie Public Health. Außerdem schloss er in Berlin ein Studium zum Wirtschaftsjuristen und einen Master in Health Care Management ab. Janßen arbeitete u. a. als Unternehmensberater und Interimsmanger im Gesundheitsbereich sowie als Geschäftsführer des Instituts für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft (IEGUS). Bevor er 2013 Generaldirektor-Stv. des Wiener Krankenanstaltenverbunds wurde, war er geschäftsführender Vorstand des Deutschen Krankenhausinstituts sowie beratendes Mitglied im Vorstand der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Seit 1. November 2014 ist Janßen Generaldirektor des Wiener Krankenanstaltenverbunds (KAV).



Mediaplanung: kein Platz für Bauchgefühle

Zahlen, Daten und Fakten stellen die einzigen Grundlagen für eine vernünftige Mediaplanung dar. Schließlich will heute, mehr als früher, jeder Werbe-Euro bestmöglich investiert sein. Im Fall der Pharmabranche bedeutet das, mit jedem investierten Werbe-Euro möglichst viele Ärzte aus der definierten Zielgruppe möglichst oft zu erreichen – innerhalb des definierten Werbebudgets. Das PERISKOP sprach mit Dr. Walter Wintersberger, Senior Research Director der Spectra Marktforschungsges.m.b.H. mit jahrelanger Erfahrung in der Mediaanalyse für Medizinmedien, über die grundlegenden Faktoren, die für eine Mediabewertung essenziell sind.

Von Mag. (FH) Martina Dick

P: Welche essenziellen Kennzahlen sind in der Print-Mediaplanung zu berücksichtigen?

Wintersberger: Die grundlegendste Kennzahl für die Mediaplanung bei Printmedien ist die so genannte Reichweite – gemessen mit dem LpN (Leser pro Nummer) oder LpA (Leser pro Ausgabe). Beide besagen im Grunde das Gleiche, werden aber etwas unterschiedlich gebildet. Eine weitere Kennzahl ist die Nutzungs- bzw. Lesefrequenz der Medien. Das heißt z. B. im Fall eines monatlich erscheinenden Mediums, wie viele der zwölf jährlichen Ausgaben eine Zielperson gelesen hat. Im Fall eines wöchentlichen

Mediums sind es die letzten zwölf Ausgaben und im Fall von täglich erscheinenden Medien ist es die Heftnutzung in den letzten sieben Tagen. Reichweite und Kontakthäufigkeit dienen als Berechnungsbasis der Mediaplanung. Relevant ist die Reichweite eines Mediums natürlich primär in der Zielgruppe einer Kommunikationskampagne. Im medizinischen Bereich etwa interessiert mich – wenn ich beispielsweise über eine innovative onkologische Therapie informieren möchte – primär die Reichweite unter Onkologen und weniger die unter Ärzten insgesamt. Aus der Reichweite und der Kon-

takthäufigkeit lassen sich weitere hilfreiche Kennzahlen für die Planung ableiten, beispielsweise der Tausend-Leser-Preis (TLP) oder Tausend-Kontakt-Preis (TKP). Beides sind Kennzahlen für die Kosteneffizienz eines Werbeträgers, so wie auch die Gross Rating Points, eine Kombination aus Reichweite und Kontakthäufigkeit, die als Kennzahl für den erzielten Kommunikations- oder Werbedruck dient. Mediaplanung ist also definitiv keine Bauchsache, sondern Analyse und Rechenübung anhand von Streuplanzählungen. Nur so kann zuverlässig abgeschätzt werden, mit welcher Kombination von Medien und bei welcher Schaltungsfrequenz ich im Rahmen eines vorgegebenen Budgets das bestmögliche Ergebnis erziele, das heißt die optimale Kombination aus Reichweite und Kontakthäufigkeit in der von mir definierten Zielgruppe.

P: Wie wichtig sind Bekanntheit und Image eines Mediums?

Wintersberger: Bekanntheit und „Weitester Leserkreis“ (WLK) sind ergänzende Parameter, aber keine relevanten Faktoren für die faktischen Berechnungen im Mediaplan. Bei Befragungen zur Reichweitenmessung haben die Fragen nach Bekanntheit und „weitestem Leserkreis“ eine Filterfunktion (= Personen, die das Medium nicht kennen oder nicht lesen, werden nicht weiter dazu befragt). Das Image oder etwa die generelle Glaubwürdigkeit eines Mediums in einer Zielgruppe sind natürlich Faktoren, die in der Kommunikationsplanung mitzubersichtigen sind – schließlich möchte man seine Werbung in einem adäquaten Umfeld positioniert wissen. Die Leser-Blatt-Bindung, ein Indikator für den Stellenwert, den ein Medium bei seinen Nutzern hat, ist ein zusätzlicher Faktor, den man in seine Entscheidung für die Mediawahl miteinfließen lassen kann. Ergänzend zu Reichweiten- und Imagemessungen, liefern im Fall der Printmedien auch so genannte Copytests und Anzeigenbeachtungsstudien empirische Daten, die Aufschluss über die Nutzungsqualität eines Mediums geben. Diese Studien werden in der Regel von Verlagen in Auftrag gegeben, um aufzuzeigen, dass Anzeigenschaltungen in den Medien effektive Kommunikation bewirken.

P: Welche Fehler passieren häufig in der Medienbewertung?

Wintersberger: Bauchgefühl und Hausverstand sind in vielen Bereichen gut und wichtig. In der Mediaplanung sind sie fehl am Platz – aus empirischen Wahrnehmungen wie z. B. im eigenen Umfeld oder Beobachtungen darüber, welche Fachmedien in einer Arztpraxis aufliegen, sind Mediaentscheidungen nicht zu treffen. Ein weiteres Manko ist ein suboptimaler Medienmix, der große Überschneidungen in der Reichweite aufzeigt, wenn die Cross Counts und Gross Rating Points nicht beachtet wurden. Die Streupläne der Mediaagenturen helfen

dabei, Überschneidungen zu eliminieren. Wichtig ist auch die Fähigkeit, Kennwerte aus einer standardisierten Analyse und Daten aus einer Marktforschung unterscheiden zu können und die Marktforschungsdaten der Verlage zu den einzelnen Medien richtig zu lesen und richtig zu interpretieren.

P: Wie hat sich das Leserverhalten aus Ihrer Sicht verändert?

Wintersberger: Unsere Daten bestätigen den Eindruck, den wohl jeder hat, dass die Relevanz der digitalen Online-Information enorm zunimmt. Gute Print-Fachzeitschriften werden aber unverändert gerne gelesen. Bei unseren letzten Umfragen hatten die untersuchten Fachzeitschriften in ihrer Printvariante eine wesentlich größere Reichweite als in der Online-Variante. Massiv geändert hat das Onlineangebot aber die aktive Informationssuche. Gut gewählte Stichworte führen in Sekundenschnelle via Google zu den gesuchten Informationen, das bietet keine Fachzeitschrift, auch nicht in der Online-Variante. Die Online-Fachzeitschrift ist nur eine von unzähligen Informationsquellen, zu welchen die Google-Suche führt, und selten Ausgangspunkt einer gezielten Informationssuche. Im medizinischen Bereich ist zu beobachten: Klassische Informationsangebote (Stichwort: Außendienstbesuche, Einladungen zu Veranstaltungen und Kongressen) werden selektiver eingesetzt. Breitenwirkung sucht man zunehmend über Multichannel-Kommunikation. Insgesamt wird der Kampf um die Aufmerksamkeit härter. Die Möglichkeiten der digitalen Kommunikation haben die Geschwindigkeit der medialen Kommunikation und Interaktion enorm gesteigert. Und der Anspruch von Ärzten und anderen Spezialisten im Hinblick auf die Relevanz, Prägnanz und Schnelligkeit einer Kommunikation ist damit auch höher geworden. Die Informationsquellen werden mehr, die durchschnittliche Zeit, die man bei einem Medium/einem Artikel verweilt, wird damit naturgemäß kürzer. Wahrscheinlich ist es richtig zu sagen, das Leserverhalten ist nicht anders, sondern differenzierter geworden. Print und Online haben unterschiedliche Qualitäten und werden teilweise mit sehr unterschiedlichen Intentionen genutzt.

P: Was macht eine gute Mediaplanung aus?

Wintersberger: Gute Mediaplanung und ein guter Marketingmix, basierend auf einer rationalen Analyse, klare Definition der Kommunikationsziele und der Zielgruppe, Festlegung des Budgets. Auf dieser Basis erfolgt eine erste Vorauswahl möglicher und geeigneter Kommunikationsmittel und Kommunikationskanäle bzw. Werbeträger (Print, Online, Newsletter, Mailing, Außendienst etc.). Im nächsten Schritt geht es darum, die Effektivität und Kosteneffizienz jedes potenziellen Werbeträgers, jedes Mediums oder jedes Medienmix nach empirischen Kriterien zu analysieren.



DR. WALTER WINTERSBERGER
Senior Research Director der
Spectra Marktforschungsges.m.b.H

Glossar

Allgemeine Kennzahlen in der Mediaplanung

Bruttoreichweite

Die Bruttoreichweite gibt die Summe aller Werbeträgerkontakte an, die im Rahmen einer Kampagne erzielt werden (inkl. Mehrfachkontakte, die durch Mehrfachschaltungen in einem Werbeträger oder Belegung mehrerer Werbeträger zustande kommen). Sie ist also eine Kennzahl für die Gesamtzahl der Kontakte, sagt aber nichts über die Zahl der erreichten Personen aus (siehe Nettoreichweite).

Nettoreichweite

Die Nettoreichweite gibt die Zahl der Personen an, die in einem definierten Zeitraum von einem Werbemittelträger bzw. einer Kombination aus Werbemittelträgern erreicht werden. Die Nettoreichweite kann als Absolutwert oder als Prozentwert ausgewiesen sein (Beispiel: Die Tageszeitung X wird täglich von 2 Mio. Österreichern genutzt oder die Tageszeitung X hat eine Reichweite von 23%). Und sie kann sich auf eine mehr oder weniger breit definierte Personengruppe beziehen, also auf die Gesamtbevölkerung oder mehr oder weniger große Bevölkerungssegmente (=Zielgruppen). Um prozentuelle Reichweitendaten korrekt bewerten zu können, ist es wichtig, dass die Grundgesamtheit, auf die sich diese beziehen, genau definiert ist.

GRP – Gross Rating Point

Der GRP ist eine Kennzahl für den Werbedruck bei mehrmaliger Schaltung in

einem oder mehreren Werbeträgern und ergibt sich aus der Multiplikation der in Prozent ausgedrückten Nettoreichweite mit der durchschnittlichen Kontakthäufigkeit. Je höher der GRP, umso stärker der Werbedruck.

OTC – Opportunity to Contact

Der OTC-Wert vermittelt die Anzahl an Kontakten, die im Rahmen einer Kampagne pro erreichter Person im Durchschnitt erzielt werden. Dividiert man die Bruttoreichweite (=Gesamtzahl der erzielten Kontakte) durch die Nettoreichweite (=Gesamtzahl der erreichten Personen), erhält man den OTC-Wert.

LpN – Leser pro Nummer

Der LpN-Wert ist die mittels Befragung ermittelte Gesamtzahl an Personen, die ein bestimmtes Medium im letzten Erscheinungsintervall gelesen oder durchgeblättert haben. Der LpN ist eine Kennzahl für die Reichweite eines Printmediums pro Nummer (Ausgabe). Der LpN wird in Umfragen direkt erfragt: „Haben Sie gestern (bei Tageszeitungen) / in den letzten 7 Tagen (bei Wochentiteln) / in den letzten 4 Wochen (bei Monatstiteln) das Medium X gelesen oder durchgeblättert?“

LpA – Leser pro Ausgabe

Der LpA ist ebenfalls eine Kennzahl der Reichweite. Während aber der LpN direkt erfragt wird, wird der LpA aus Lesefre-

quenz und LpN errechnet. Dieser Rechenvorgang ergibt zunächst eine Nutzungswahrscheinlichkeit (p-Wert), die angibt, mit welcher Wahrscheinlichkeit eine Ausgabe eines Mediums von den Personen seines weitesten Leserkreises (WLK) genutzt wird. Multipliziert man diesen Wert mit 100, erhält man den LpA.

K1 Wert

K-Werte stellen die kumulierte Reichweite eines Mediums dar. Sie geben an, wie viele Personen mit einer, zwei oder drei ... bis 12 Werbeschaltungen in einem Medium erreicht werden. Der K1-Wert gibt an, wie viele Personen mit einer Schaltung vom Werbeträger erreicht werden, und entspricht damit dem LpN. Der K12 Wert gibt an, wie viele Personen mit 12 aufeinanderfolgenden Schaltungen im Werbeträger mindestens 1-mal erreicht wurden und entspricht damit dem weitesten Leserkreis (WLK). Ermittelt werden die K-Werte mit der Frage nach der Lesefrequenz (z. B. „Wie viele der letzten 12 Ausgaben der Monatszeitschrift X haben Sie gelesen oder durchgeblättert?“).

Affinität

Unter Affinität versteht man in der Mediaplanung den Anteil einer bestimmten Zielgruppe (z. B. Frauen zwischen 20 und 30 Jahre) an den Nutzern eines Mediums im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung. Liegt der Wert über 100% gilt die

Affinität als überdurchschnittlich. (Ein Wert von 200% würde in unserem Beispiel bedeuten, dass der Anteil der 20- bis 30-jährigen Frauen unter den Nutzern eines Mediums doppelt so hoch ist als in der Gesamtbevölkerung.) Bei Werten unter 100% ist der Anteil entsprechend unterdurchschnittlich. Auch diese Kennzahl ist auf Erhebungen im Rahmen der Mediaanalyse angewiesen. Ein niedriger Affinitätswert muss kein Ausschlusskriterium sein, sofern die relativen Kosten zur Erreichung der Zielgruppe überproportional niedrig sind (siehe TKP).

TKP – Tausend Kontakte Preis

Der Preis für das Erzielen von 1000 Kontakten.

Berechnung: Kosten in Euro dividiert durch Bruttoreichweite multipliziert mit 1000.

TNP – Tausend Nutzer Preis

Der TNP, je nach Medium auch 1000-Leser-Preis, 1000-Seher-Preis oder 1000-Hörer-Preis genannt, entspricht dem Preis für das Erreichen von 1000 Nutzern.

Berechnung: Kosten in Euro dividiert durch Nettoreichweite multipliziert mit 1000.

Quelle: Spectra Marktforschung



„Wenn die Medien schlechter werden, wird auch das Umfeld für die Werbung schlechter.“

FRANZ ALEXANDER SPÄTH
Mediaexperte und Mitbegründer der Österreichischen Mediaanalyse

„Advertising people who ignore research are as dangerous as generals who ignore decodes of enemy signals.“



DAVID OGILVY
Werbelegende und Mitbegründer des Agenturnetzwerks Ogilvy und Mather

Rechenbeispiel

Zielgruppe: Niedergelassene Allgemeinmediziner & Internisten

Annahme: 6000 Allgemeinmediziner & 2000 Internisten I = 8.000 Gesamtzielgruppe

	Erscheinung	A4-Seitenpreis	LpN Total	TNP Total	LpN AM	TNP AM
Medium A	Monatlich	3.990	59	845	60	1108
Medium C	Monatlich	3.670	38	1207	35	1748
Medium D	Monatlich	4.990	26	2399	29	2868
Medium F	Zweiwöchig	4.130	24	2151	28	2458
Medium G	Zweiwöchig	4.600	65	885	69	1111
Medium I	Wöchentlich	3.980	45	1106	48	1382
Medium J	Wöchentlich	4.070	31	1641	31	2188

Quelle: Musterbeispiel 2012

„Strategie ist wichtig für die Mediaplanung und Media ist zentral für jede Strategie.“



DIRK ENGEL
Mediaexperte und Marktforscher

„Am Ende ist billig doch teuer!“

THOMAS KOCH
Gründer thomaskochmedia (tkm),
CEO tkmStarcom,
Partner bei Plural Media Services



Onkologie in Österreich – Zukunft beginnt jetzt



Aktuelle Untersuchungen bestätigen: Österreich zählt zu den Ländern mit der weltweit besten Versorgung von Krebserkrankungen: In kaum einem anderen Land haben onkologische Patienten so raschen und niederschweligen Zugang zu effektiven und innovativen Therapien und fast nirgends sind die Überlebensraten höher als bei uns! Eine interdisziplinär zusammengesetzte Expertengruppe hat sich in den letzten Monaten aus ethischer, ökonomischer und struktureller Perspektive mit der Frage befasst, wie dieser hohe Standard auch in Zukunft gehalten und nach Möglichkeit noch weiter ausgebaut werden kann. Antworten darauf werden in Form strategischer Empfehlungen gegeben und als Chancen definiert.

Von Andrea Gesierich, MA, und DI (FH) Marie-Christine Bösendorfer, MA

Das Chancenpapier „Weichen stellen für die Zukunft“ wurde vom „Zukunftsforum Onkologie“, einer interdisziplinären und multiprofessionellen Expertengruppe, erarbeitet. Finanziell unterstützt wurde das Projekt von Roche Austria GmbH. Das „Zukunftsforum Onkologie“ gliederte sich in drei Arbeitsausschüsse. Diese haben sich dem Thema „Chancen für eine patientenorientierte Krebsversorgung in Österreich“ auf drei unterschiedlichen Ebenen gewidmet: einer medizinisch-ethischen Perspektive, einer strukturellen Perspektive und einer gesundheitsökonomischen Perspektive.

Geleitet wurden die Arbeitsausschüsse vom ehemaligen Wiener Stadtrat und Gründer der Patientenanwaltschaft und des KAV, Wien, Dr. Sepp Rieder (Struktur), Dr. Thomas Cypionka vom Institut für Höhere Studien in Wien (Ökonomie) und Univ.-Prof. DDr. Mag. Matthias Beck, Professor für Moralthologie mit dem Schwerpunkt für Medizinethik (medizinische Ethik). In mehreren Sitzungen wurden die aktuellen und künftigen Herausforderungen, die eine umfassende Krebsversorgung mit sich bringt, besprochen. Anschließend wurden die Themen gebündelt und in einem Chancenpapier zusammengefasst. Die Publikation des Expertenpapiers soll im August 2015 bei einem Gipfelgespräch auf der Schafalm in Alpbach erfolgen – vorab möchten wir hier die zentralen Punkte vorstellen:

Jährlich erkranken hierzulande etwa 39.000 Menschen an Krebs. Laut einer Studie von Statistik Austria 2012 rangieren

Todesfälle aufgrund von Krebs bereits nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Mit 26 Prozent sind Krebserkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Österreich. Angesichts der Tatsache, dass diese mehrheitlich im höheren Alter auftreten, wird deren Bedeutung bei der Beschreibung des Gesundheitszustands und der Planung der Gesundheitsversorgung wegen der zunehmenden Alterung der Bevölkerung auch in Zukunft weiter zunehmen.

Dass Österreich hinsichtlich Innovation und Zugang zu Therapiemöglichkeiten im onkologischen Bereich weltweit zu den besten Ländern gehört, liegt nicht zuletzt daran, dass rund ein Drittel aller klinischen Prüfungen hierzulande in der Onkologie durchgeführt wird. Damit ist die Onkologie das meistbeforschte Krankheitssegment in Österreich. Das spiegelt sich auch in wichtigen klinischen Messgrößen wider. So ist unser Land im europäischen Vergleich unter den Top-5-Ländern mit den längsten Überlebensraten bei Krebs. Österreich hat sich im internationalen Vergleich eine gute Position in der Onkologie im Hinblick auf Überlebensraten und schnellen Marktzugang zu neuen Therapien erarbeitet. Um die Qualität bei Krebsbehandlungen auch weiterhin sicherzustellen bzw. um sich stärker vom Innovation-Follower zum Innovation-Leader zu entwickeln, gilt es jedoch, vermehrt sowohl in Forschung als auch in innovative Technologien zu investieren.

- **Krebs verstehen:** Gesund bleiben und gesund werden hat auch mit Wissen und Kenntnis zu tun. Der sorgsame Umgang mit der persönlichen Gesundheit sowie die damit verbundene Selbst- oder Eigenverantwortung sind im Gesundheitsdenken der Österreicher nicht ausreichend verankert. Im Chancenpapier wurden Ansätze erarbeitet, um die Rahmenbedingungen für mehr Eigenverantwortlichkeit weiter zu optimieren. Es beschäftigt sich neben der Wichtigkeit des Lebensstils auch mit dem Thema Big Data und dem darin liegenden enormen Potenzial hinsichtlich der Verbesserung der Behandlungsqualität, der Transparenz der Ergebnisse und gleichzeitiger Einhaltung des Schutzes der Privatsphäre.

- **Fokus Individuum:** Jede Krebserkrankung ist individuell. Ebenso individuell sollte die gesundheitliche Versorgung des Patienten sein. Wohnortnahe Beratung und Betreuung, auch für Angehörige, ist in dieser Phase essenziell. Im Alltag werden Krebspatienten zwar rasch durch das medizinische System „geschleust“, nach Diagnose und Therapiestart aber immer wieder stückweise alleingelassen. Eine Kombination aus mobiler und umfassender Pflege und/oder Beratung, die Patienten und Angehörige nach dem Krankenhausaufenthalt bei Bedarf begleitet, wäre ideal. Regional ist daher eine bessere Vernetzung zwischen Arzt und Beratungsstellen entscheidend, um eine lückenlose und optimale Betreuung gewährleisten zu können. Ein standardisiertes Nachsorge- und Unterstützungsprogramm mit einer qualitätsorientierten Leistungsvergütung ist eine große Chance, die bereits vorhandenen Aktivitäten in Österreich voranzutreiben sowie zu erweitern und zu optimieren.

- **Leben 2.0:** Leben mit und nach dem Krebs. Dank diagnostischer und therapeutischer Fortschritte sind heute viele Krebserkrankungen gut behandelbar und weisen Charakteristika – ähnlich einer chronischen Erkrankung – auf. Wie bei chronischen Leiden muss für Krebspatienten langfristig eine umfassende und strukturierte Langzeitbetreuung entwickelt werden. Noch immer keine Lösung hat die Arbeitswelt für die Bedürfnisse jener Menschen gefunden, die zum Beispiel während oder nach den Behandlungszyklen prinzipiell arbeitsfähig, jedoch aufgrund der Erkrankung nicht voll einsatzfähig sind. Der Wunsch zu arbeiten ist bei Betroffenen meist vorhanden, für viele Unternehmen ist es aber derzeit finanziell nicht möglich bzw. fehlen Unterstützungsleistungen, um nur teilweise arbeitsfähige Menschen zu vollen Beschäftigungskosten wieder in den laufenden Betrieb zu integrieren. Als Chance werden hier neben einer integrierten Versorgung und einer verbesserten Kommunikation die Durchführung von beruflichen Reintegrationsversuchen festgehalten, um anhand von Pilotmodellen konkrete Umsetzungsschritte entwickeln zu können.

- **Hohe Lebensqualität:** In Österreich ist ein würdevolles Leben mit Krebs möglich. Dieses hohe Qualitätsniveau gilt es künftig zu erhalten. Gerade bei der Frage, welche Behandlung zu welchem Zeitpunkt für den Patienten optimal ist, bedarf es einer qualitätsbewussten, ganzheitlichen Versorgung. Gemäß dem breiten und äußerst komplexen Spektrum an unterschiedlichen Erkrankungen gibt es zahlreiche Unterschiede hinsichtlich Versorgung und Therapiestrategien sowie direkter und indirekter Behandlungskosten. Zukünftig gilt es, noch mehr Transparenz und Zukunftsorientierung in der Ressourcenallokation, der gesundheitsökonomischen Gesamtbewertung von Leistungen oder Arzneimitteln und der Budgetplanung einfließen zu lassen, um eine vorausschauende, patientenorientierte Planung vollziehen zu können.

- **Vorsprung durch Fortschritt:** Kein anderer medizinischer Sektor ist so stark von wissenschaftlichem Fortschritt geprägt wie die Onkologie. In den Bereichen Forschung, Struktur und Organisation bedarf es daher starker Netzwerke, um einen intensiven Austausch zwischen Grundlagenforschung, klinisch angewandter Forschung und deren Anwendung in der täglichen Praxis zu ermöglichen. Dabei sind sowohl enge Zusammenarbeit an den Schnittstellen als auch gut abgestimmte Kommunikation zwischen den einzelnen Bereichen essenziell. Neben der Förderung von translationalen Forschungsnetzwerken sollen auch bundesländerübergreifende Forschungsverbände gegründet werden, um die Awareness für die Bedeutung onkologischer Forschung in Österreich zu steigern.



- **Netzwerk für die Versorgung:** Ein kontinuierliches und nachhaltiges Netzwerk aufzubauen, das die erforderlichen Informationen rasch und unbürokratisch bei einer hauptverantwortlichen, therapieführenden Stelle, z. B. dem „fallführenden Arzt“ zusammenfließen lässt, ist eine große Herausforderung. Bündelung von Kompetenz und interdisziplinäre Zusammenarbeit sind, ebenso wie der verpflichtende Einsatz von Tumorboards, ein Anliegen des Zukunftsforums. Es muss sichergestellt sein, dass der Patient zielgerichtet einer qualifizierten, fachspezifischen Stelle zugeführt wird. Folglich ist zusätzlich zu dem bereits umschriebenen Forschungs- und Ausbildungsverbund ein Versorgungsverbund notwendig. Dieser soll auch die so wichtige Tumornachsorge nicht außer Acht lassen.

Das Chancenpapier „Weichen stellen für die Zukunft“ versteht sich als Expertenpapier, das für die Gesundheitspolitik konkrete Chancen für eine patientenorientierte Krebsversorgung in Österreich liefert. Die erarbeiteten Empfehlungen erheben nicht den Anspruch eines gesundheitspolitischen

Strategiepapiers, wie es das Österreichische Krebsrahmenprogramm tut. Vielmehr soll es ergänzend Anregungen für den gesundheitspolitischen Diskurs liefern und Chancen aufzeigen, die kurz- bis mittelfristig Beachtung und Umsetzung finden können. ■

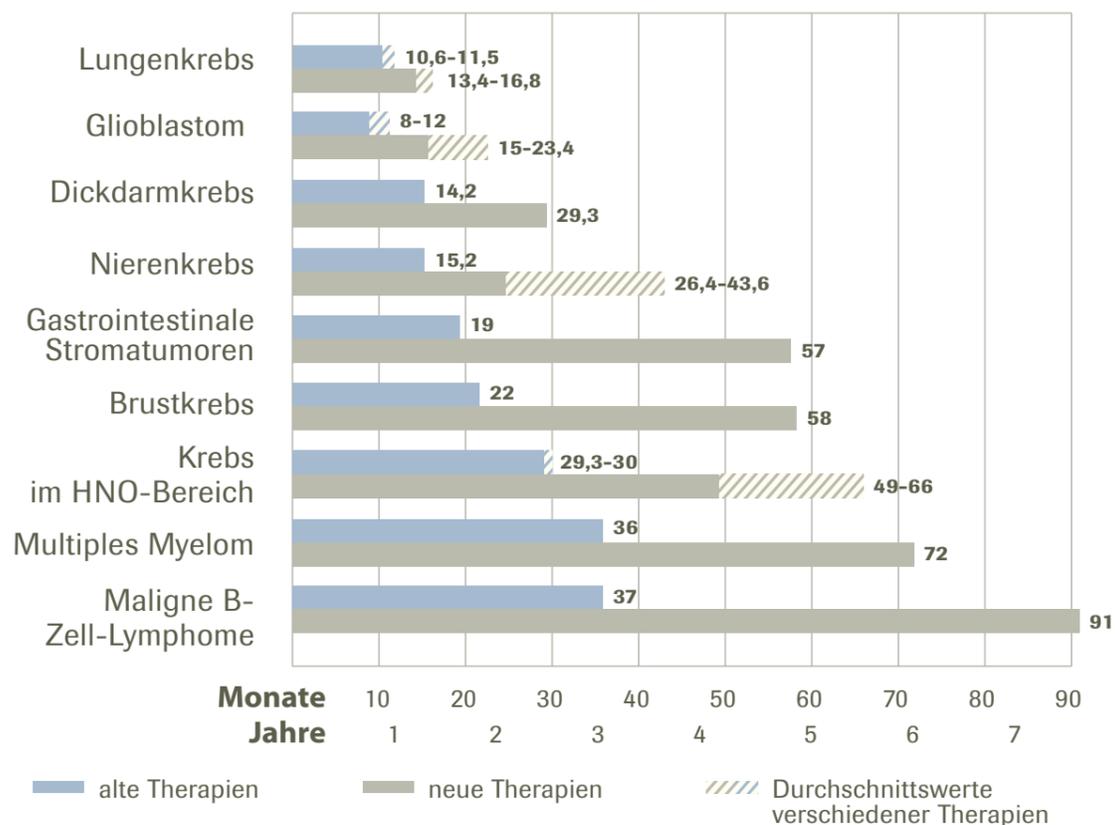
**FactBox
Gipfelgespräch in Alpbach**

Rund um die Gesundheits- und Wirtschaftsgespräche des Europäischen Forums Alpbach 2015 wird – wie bereits im Jahr davor – mit der Schafalm als Rückzugsraum für offene Diskussionen eine gemeinsame Plattform geschaffen, um Meinungen zu teilen, Ideen zu entwickeln, Verbündete zu gewinnen.

Das Gipfelgespräch zum Thema Onkologie findet unmittelbar vor den Gesundheitsgesprächen des Europäischen Forums Alpbach 2015 statt. Ziel der Veranstaltung ist es, das erarbeitete Chancenpapier des Zukunftsforums Onkologie zu präsentieren, zu diskutieren und das weitere Vorgehen gemeinsam mit Stakeholdern zu entwickeln. Durch Einbindung von Vertretern unterschiedlicher Fachrichtungen und Institutionen sollen im Rahmen dieses Hintergrundgesprächs Aufgaben und Ziele in der Onkologie für die kommenden Jahre diskutiert und weiterführende Strategien erarbeitet werden.

TOP-15-ÜBERLEBENS RATEN BEI KREBS

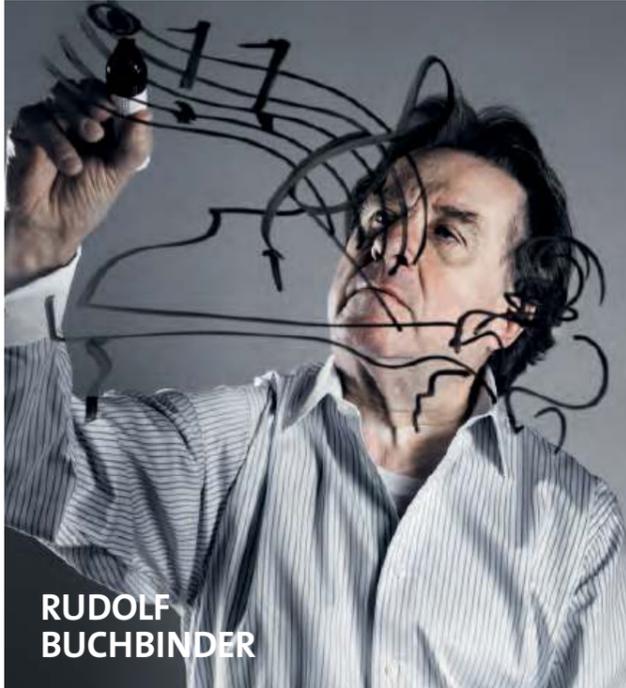
Entwicklung der Gesamt-Überlebenszeit [Ø, in Monaten] bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen im letzten Jahrzehnt



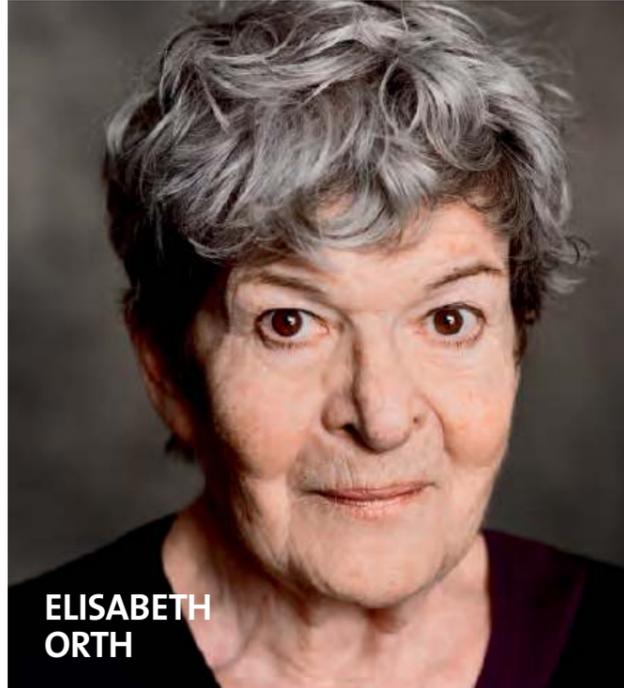


Attergauer Kultursommer 2015

Künstlerische Leitung: Mechthild Bartolomey



RUDOLF
BUCHBINDER



ELISABETH
ORTH



SIGNUM
SAXOPHONE QUARTET

Fr., 10. Juli 2015

20 Uhr | Pfarrkirche St. Georgen

ERÖFFNUNGSKONZERT

ANTON BRUCKNER – Das Projekt
SYMPHONIC-BRASS, Bruckner,
Bach, Mendelssohn und Jazz

Di., 14. Juli 2015

20 Uhr | Schloss Stauff/Frankenmarkt
*bei Schlechtwetter in der
Attergauhalle St. Georgen*

GANSCH/BREINSCHMID

„Unmöglichkeiten“ von Kontrabass
und Trompete

Fr., 17. Juli 2015

20 Uhr | Schloss Stauff/Frankenmarkt
*bei Schlechtwetter in der
Attergauhalle St. Georgen*

BEST OF FEDERSPIEL

Heimische Volks- und
Weltmusik frech veredelt

Di., 21. Juli 2015

20 Uhr | Attergauhalle St. Georgen

**THE CLARINOTTS – das außer-
gewöhnliche Familientrio**

Virtuosity in Arias & Hommages
Andreas, Daniel und Ernst Ottensamer

Fr., 24. Juli 2015

20 Uhr | Pfarrkirche St. Georgen

**WEG ZUM BESINNEN – 70 Jahre nach
dem Zweiten Weltkrieg**

Elisabeth Orth, die Doyenne des
Wiener Burgtheaters, liest Lyrik
von Anna Achmatowa | Musik von
D. Schostakovich und W. A. Mozart

Mi., 29. Juli 2015

20 Uhr | Pfarrkirche Vöcklamarkt

RUDOLF BUCHBINDER

Klavier-Recital
J. S. Bach, Franz Schubert und
L. v. Beethoven

Sa., 1. August 2015

20 Uhr | Attergauhalle St. Georgen

SAXOPHONE CINEMA

**Selmer Saxharmonic –
die 12 Saxophonvirtuosen**
Highlights der Filmmusik, Projektionen

Di., 4. August 2015

20 Uhr | Pfarrkirche St. Georgen

GROSSE KAMMERMUSIK

Trio B. Schmid/F. Bartolomey/J. Stancul
Klaviertrios von Sibelius,
Mendelssohn, Beethoven

Fr., 7. August 2015

19 Uhr | Kultursaal Lenzing
*Kinder/Jugendliche bis 18 Jahre
freier Eintritt*

BRING YOUR FAMILY

außerhalb unseres Programms
Abschlusskonzert des OrchesterCamps
St. Florian der Jeunesse Österreich
Mozart, Saint-Saëns, Mancusi,
Tschaikowsky

Sa., 8. August 2015

20 Uhr | Attergauhalle St. Georgen

LIEBES LIED!

mit Chansons auf Reisen
Nicole Beutler
Wiener Theatermusiker

Di., 11. August 2015

20 Uhr | Pfarrkirche St. Georgen

MUSICA SACRA

G. F. Händel: Messiah
Oratorium für Soli, Chor
und Orchester

Fr., 14. August 2015

20 Uhr | Pfarrkirche St. Georgen

KLASSIK GOES TANGO

**von Haydn über Tschaikowsky
zu Piazzolla**
Signum Saxophone Quartet
Matthias Bartolomey, Violoncello

www.attergauer-kultursommer.at

KARTENVERKAUF:

Büro Attergauer Kultursommer

Tel.: +43 (0)7667 8672 | E-Mail: office@attergauer-kultursommer.at

Tourismusbüro Attergau

Tel.: +43 (0)7667 6386; E-Mail: info@attergau.at

65 Jahre Wiener Wirtschaftsklub Netzwerken auf höchster Ebene



Vor genau 65 Jahren, 1950, wurde der Wiener Wirtschaftsklub (WWK) gegründet. Ein perfekter Anlass für einen hochkarätigen Festakt mit prominenten Persönlichkeiten aus Wirtschaft, Politik und Kultur am Gründungsort, dem Palais Strudelhof. Dort wurde an diesem besonderen Abend der Themenbogen von der Tradition über wirtschaftliche Vernetzung und Solidarität bis hin zu modernen Zukunftsvisionen gespannt.

Von Andrea Gesierich, MA

Eröffnet wurde der Festakt von Generalsekretär Mag. Peter Gross, der in seiner Rede auf die Aufgabe des WWK hinwies, Tradition und progressives Denken zu verbinden und den Menschen stets im Mittelpunkt des wirtschaftlichen Handelns zu behalten. Bundespräsident Dr. Heinz Fischer verwies auf die Rolle des WWK beim Aufbau der Sozialpartnerschaft und der österreichischen Wirtschaftsgeschichte. Vor allem in politisch und wirtschaftlich schwierigen Zeiten seien Ideenschmiedern wie der WWK unabdingbar – denn wirtschaftliches Handeln bringe immer die Verantwortung für soziale Gerechtigkeit mit sich, so Bundesminister Stöger. Die soziale Komponente griff auch AK-Präsident Rudi Kaske in seiner Ansprache auf. Die Politik müsse sich stärker für Wachstum und Beschäftigung einsetzen. Das breite Netzwerk und die hohe Wirtschaftskompetenz des WWK

sollten dabei helfen, die Wirtschaftspolitik aktiv sozialer zu gestalten. Der WWK kann auf eine lange Tradition abseits breiter Öffentlichkeitswirkung zurückblicken. Von Beginn seines Bestehens an war es ihm kein Anliegen, durch publikumswirksame Veranstaltungen öffentlich tätig zu werden. Vielmehr möchte er die interne Kommunikation zwischen hochrangigen Politikern, Gewerkschaft, Nachwuchsmanagement sowie öffentlicher und privater Wirtschaft sicherstellen. Seit nunmehr 65 Jahren ist dieser interne Erfahrungs- und Meinungsaustausch ein Nährboden für neue Ideen und Konzepte, aber auch nachhaltig genutzte Netzwerke. Im September 2013 wurde Mag. Hanns Kratzer nach zwölf Jahren als Vizepräsident zum Präsidenten des WWK gewählt. In seiner abschließenden Ansprache betonte er die lange Tradition des WWK und des

sen enge Bindung zu den Sozialpartnern, aus der sich auch die zukünftige Positionierung ergebe: ein starkes Netzwerk von Führungskräften aus Wirtschaft, Sozialpartnerschaft, Verwaltung und Politik, die gemeinsam politische Positionen beziehen, um – traditionsgemäß – soziale Verantwortung im Wirtschaftsleben wahrzunehmen. Neben den Festrednern und Klubmitgliedern befanden sich unter den Gästen auch prominente Vertreterinnen und Vertreter aus Wirtschaft und Verwaltung wie Nationalbank-Gouverneur Ewald Novotny, der ehemalige OMV-CEO und Staatssekretär Wolfgang Ruttensdorfer, Altaußenminister Erwin Lanc, Nationalratsabgeordneter Harald Troch und die Wiener Landtagsabgeordnete und IT-Sprecherin Barbara Novak. ■



1 Peter GROSS – WWK-Generalsekretär, Alois STÖGER – Verkehrsminister, Ewald NOWOTNY – Österreichische Nationalbank, Heinz FISCHER – Bundespräsident, Hanns KRATZER – WWK-Präsident, Erwin LANC – Innenminister AD, Rudi KASKE – Präsident Arbeiterkammer | 2 Bettina ZWEILER – PVA, Barbara NOVAK – Gemeinderat Wien | 3 Hanns KRATZER – WWK-Präsident | 4 Hanns KRATZER – WWK-Präsident, Heinz FISCHER – Bundespräsident | 5 Ewald NOWOTNY – Österreichische Nationalbank, Rudi KASKE – Präsident Arbeiterkammer | 6 Wolfgang RUTTENSZDORFER – Telekom Austria, Heinz FISCHER – Bundespräsident, Alois STÖGER – Verkehrsminister, Rudi KASKE – Präsident Arbeiterkammer | 7 Wolfgang RUTTENSZDORFER – Telekom Austria, Günther RABENSTEINER – Verbund AG | 8 Heinz FISCHER – Bundespräsident, Alois STÖGER – Verkehrsminister | 10 Alois STÖGER – Verkehrsminister, Erwin LANC – Innenminister AD, Peter GROSS – WWK-Generalsekretär | 11 Heinz BILNEIER – Funk International Austria, Heinz FISCHER – Bundespräsident, Hanns KRATZER – WWK-Präsident | 12 Andrea GESIERICH – PERI Consulting, Sabina NEMASTIL – WWK | 13 Peter ACS – AMZ Arbeits- und Sozialmedizinisches Zentrum, Raimund HÜTTER – Allianz SE, Raphael STERNFELD – Bundeskanzleramt, Stephan MAXONUS – Schöllerbank



SPARFLAMME

Die 46. Welldone Lounge

Am Abend des 13. April ging in den Wiener Börsensälen die 46. Welldone Lounge, die ganz im Zeichen der „Sparflamme“ stand, über die Bühne. Gemäß dem Motto wurde auf ein opulentes Buffet verzichtet. Stattdessen gab es Würstel und Wein, dazu reichlich Leitungswasser. „In der Werbe- und Kommunikationsbranche spüren wir das anhaltend skeptische Investitionsverhalten besonders stark. Die 46. Welldone Lounge ins Zeichen der Sparflamme zu stellen war also längst überfällig“, erklärte Robert Riedl das Motto des Abends.

Zum Thema passte auch das Impulsreferat von Finanzminister Hans Jörg Schelling, der dabei den einen oder anderen Vergleich zu seiner früheren Funktion als Vorsitzender im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zog und sich über die zahlreich anwesenden Kollegen aus früheren Tagen freute. „Dass Österreich weniger ein Einnahmen- als ein Ausgabenproblem hat, ist ja zwischenzeitlich hinlänglich bekannt. Durch die enormen Ausgaben müssen wir seitens der Politik vermehrt darauf aufmerksam machen, dass dieses Geld bei den dringend notwendigen Investitionen fehlt. Der Zeitpunkt, äußerst wichtige Strukturreformen anzugehen, könnte also kein geeigneterer sein. Jetzt müssen wir handeln! Nur so werden unsere Kinder und Enkelkinder in den nächsten Jahrzehnten einen ähnlichen Wohlstand erleben können, wie wir ihn aktuell noch genießen. Nach der Steuerreform ist für mich daher vor den Reformen – etwa im Pensionssystem. Um fit für die Zukunft zu werden, müssen wir Österreich eine schlanke Basis mit effizienten Strukturen verpassen. Der Umgang mit unseren Ressourcen muss wieder auf eine klare Ebene gestellt werden“, gab sich Schelling betont entschlossen. Zudem stellte er klar: „Wenn das, was wir im Namen der Gesundheitsreform vereinbart haben, nicht umgesetzt werden sollte, sehen wir das im Finanzministerium relativ rasch – etwa in Form schlechterer Ergebnisse in der Sozialversicherung bzw. als Negativentwicklung im Rahmen des Stabilitätspakts bei den Ländern. Als Finanzminister bin ich also in beiden Fällen betroffen, weshalb ich besonderes Augenmerk darauf lege, wo wir in der Gesundheit eine Weiterentwicklung zu mehr Effizienz forcieren können.“



01_Wiener Börsensäle **02**_Michael Bulla/DanubeMed Dentalklinik, Lisa Römer/PERI Marketing & Sales **03**_Alexandra Koncar/ÖBSV, Michael Kunze/MedUni Wien, Gertraud Eckart/Merck, Sharp & Dohme GmbH **04**_Armin Fidler/PERI Group, Josef Probst/HVB **05**_Michaela Latzelsberger/Coloplast GmbH, Thomas Karl/RWA **06**_Walter Emberger, Nina Poxleitner, Christina Planitzer und Raphael Riedler/alle Teach for Austria, Robert



Riedl/PERI Group **07**_Thomas Horn/Phadia Austria GmbH, Markus Stickler/PERI Consulting **08**_Marcus Müllner/PERI Change, Helmut Viernstein/MedUni Wien **09**_Heinz Haberfeld/NÖ Apothekerkammer, Helmut Brand/EHFG, Arno Melitopoulos/TGKK, Thomas Haslinger/AbbVie GmbH, Josef Pessler/Arbeiterkammer Steiermark **10**_Gerald Bachinger/NÖ Patienten- und Pflegenwaltschaft, Alfred Radner/Österreichische Gesellschaft für Medizinrecht **11**_Eva Hödl/Erste Bank Group, Birgit Bernhard/Welldone, Benjamin Riedl/Welldone **12**_Martin Fuchs/SVA, Volker Schörghofer/HVB **13**_Norbert Bachl/MedUni Wien, Bettina Bernhard/AbbVie GmbH **14**_Hans Jörg Schelling/BMF **15**_Christina Schosser/ÖVP, Andrea Ertl/Care Company **16**_Peter Peloschek/Radiology Center, Fritz Aichinger/Wiener Landtag **17**_Robert Riedl/PERI Group **18**_Alfred Grün/Schülke & Mayr GmbH, Ulrike Mursch-Edlmayr/OÖ

Apothekerkammer, Manuel Reiberg/Daiichi-Sankyo **19**_Josef Probst/HVB, Dorli Kahr-Gottlieb/EHFG, Hanns Kratzer/PERI Consulting, Josef Halbmayr/ÖBB Holding **20**_Birgit Schmolzer/Greiner Bio-One, Dietmar Stockinger/Alten- und Pflegeheim der Barmherzigen Brüder Kritzendorf **21**_Robert Riedl/PERI Group **22**_Birgit Bernhard/Welldone **23**_Norbert van Roijj/Grünenthal GmbH, Marie-Christine Bösendorfer/PERI Consulting, Heimo Pernt/Reckitt Benckiser Austria GmbH **24**_Martin Andreas/Ärztelkammer für Wien, Abelina Zimba/MedUni Wien **25**_Anna Parr/Vinzenz Gruppe Krankenhausbeteiligungs- und Management GmbH **26**_Heimo Pernt/Reckitt Benckiser Austria GmbH, Klaus Schuster/Roche Austria GmbH, Dietmar Schuster/BMF, Norbert van Roijj/Grünenthal GmbH **27**_Bernhard Hattinger/PERI Marketing & Sales, Alex Cadlet/Welldone, Markus Stickler/PERI Consulting





28_Stefanie Lakovits/Welldone, Anna Lena Kollos/PERI Marketing & Sales, Martina Dick/Welldone, Miriam Resch/Welldone 29_Barbara Sponer/Pfizer Corporation Austria GmbH, Elisabeth Walcher/Novartis Pharma GmbH, Barbara Walka/Vielgesundheit, Sissy Alphart/Novartis Pharma GmbH 30_Hanns Kratzer/PERI Consulting 31_Hanns Kratzer/PERI Consulting, Hans Jörg Schelling/BMF, Birgit Bernhard/Welldone, Robert Riedl/PERI Group 32_Josef Probst/HVB, Hans Jörg Schelling/BMF 33_Ulrike Murschedlmayr/OÖ Apothekerkammer, Gottfried Bahr/Pharmazeutische Gehaltskasse 34_Josef Probst/HVB, Robert Riedl/PERI Group, Armin Fidler/PERI Group, Ernst Wastler/VAMED AG 35_Reinhold Glehr/ÖGAM, Robin Rumler/Pfizer Corporation Austria GmbH 36_Anna Bucsecs/HVB, Marcus Müllner/PERI Change 37_Martin Fuchs/SVA, Wilhelm Donner/HVB, Ferdinand Felix/HVB 38_Astrid Strohmeyer/Takeda Pharma GmbH, Alexandra Hammer/Takeda Pharma GmbH, Markus Satory/Biogen Idec Austria GmbH 39_Stefanie Lakovits, Natascha Szakusits, Dietmar Pichler/alle Welldone, Michaela

Ratzinger/Amgen GmbH, Markus Schlader 40_Gabriele Hartl und Eva Preisser-Pluim/STADA Arzneimittel GmbH 41_Thomas Nowotny/Medtronic Österreich GmbH, Sibylle Kozek-Langenecker/ÖGARI, Norbert van Roij/Grünenthal GmbH, Marion Kubista-Andersson/Grünenthal GmbH 42_Christoph Gisinger/HB Gruppe, Martin Stickler/Verlagshaus der Ärzte 43_Andreas Lexer/GlaxoSmithKline Pharma GmbH, Hanns Kratzer/PERI Consulting, Thomas Haslinger/AbbVie GmbH 44_Wiener Börsensäle 45_Eva Hörtl/Erste Bank Group, Michael Elnekheli/Berufsverband der österreichischen Gynäkologen 46_Georg Wager/Eisai GmbH, Sabine Schmölzer/Baxter Healthcare GmbH 47_Hans Jörg Schelling/BMF, Ernst Wastler/VAMED AG 48_Alexandra Koncar/ÖBSV, Hanns Kratzer/PERI Consulting 49_Manuel Reiberg/Daiichi Sankyo, Marcus Müllner/PERI Change 50_Richard Voith/Vifor Pharma Österreich GmbH, Gernot Gruber-Nadlinger/Actavis GmbH, Brigitta Dampier/PERI Group, Oliver Blaickner/Actavis GmbH



51_Agnes Mühlgassner/Österreichische Ärztezeitung, Ulrich Ganzinger/PERI Group
 52_Martina Böck/Verein Cushing Österreich, Andrea Gesierich/PERI Consulting
 53_Hanns Kratzer/PERI Consulting, Brigitta Dampier/PERI Group, Markus Satory/Biogen Idec Austria GmbH
 54_Karin Beiwl/Amgen GmbH, Martin Spatz/Ratiopharm Arzneimittel Vertriebs GmbH
 55_Robin Rumler/Pfizer Corporation Austria GmbH, Hans Jörg Schelling/BMF
 56_Astrid Strohmeier/Takeda Pharma GesmbH, Thomas Horn/Phadia Austria GmbH
 57_Armin Fidler/PERI Group, Dorli Kahr-Gottlieb/EHFG
 58_Franz Latzko/WKO, Birgit Bernhard/Welldone, Thomas Haslinger/AbbVie GmbH
 59_Theresa Fend/Welldone, Wolfgang Bumberger/Pfizer Corporation Austria GmbH
 60_Regina Pucher, Alina Knapp und Maria Häuslmayer/alle AbbVie GmbH
 61_Marie-Christine Bösendorfer/PERI Consulting, Eike Hendrik Hiemesch/Becton Dickinson
 62_Georg Wager/Eisai GesmbH, Anna Lena Kollos/PERI Marketing & Sales, Stefan Nemeč/Novartis Pharma GmbH
 63_Marin Schaffenrath/HVB, Alexandra Koncar/ÖBSV, Reinhold Glehr/

ÖGAM
 64_Robert Riedl/PERI Group, Robin Rumler/Pfizer Corporation Austria GmbH, Hans Jörg Schelling/BMF
 65_Robert Riedl/PERI Group, Max Wellan/Österreichische Apothekerkammer, Hans Jörg Schelling/BMF
 66_Arno Melitopoulos/TGKK, Hanns Kratzer/PERI Consulting
 67_Arno Melitopoulos/TGKK, Helmut Brand/EHFG, Ulrike Mursch-Edlmayr/OÖ Apothekerkammer, Ferdinand Felix/HVB
 68_Martin Schaffenrath/HVB, Ulrike Mursch-Edlmayr/OÖ Apothekerkammer, Hans Jörg Schilling/BMF
 69_Sonja Mak/Update Europe, Bea Kollmann/Welldone
 70_Natascha Szakusits/Welldone, Christoph Klaus/Schülke & Mayr GmbH, Stefanie Lakovits/Welldone
 71_Robert Riedl/PERI Group, Armin Fidler/PERI Group, Alexandra Koncar/ÖBSV, Martin Schaffenrath/HVB
 72_Hanns Kratzer/PERI Consulting, Sibylle Kozek-Langenecker/ÖGARI, Norbert van Roijj/Grünenthal GmbH
 73_Martin Spatz/Ratiopharm Arzneimittel Vertriebs GmbH, Birgit Bernhard/Welldone

»Burn-out«

Nur wenige Wochen nach der Eröffnung des Therapiezentrums Justuspark in Bad Hall sind bereits alle einhundert Einzelzimmer der Rehabilitationsklinik für Burn-out-Patienten der BVA belegt. PERISKOP sprach mit dem Ärztlichen Direktor, Prim. Dr. Bernd Reininghaus, über die Definition von Burn-out, die Entwicklung des Krankheitsbildes, Vorbeugungsmaßnahmen und mögliche Therapieformen.

Von Maximilian Kunz, MAS, MBA



PRIM. DR. BERND REININGHAUS
Ärztlicher Direktor der BVA

P: Das Therapiezentrum Justuspark ist ein Rehabilitationszentrum für psychische Erkrankungen mit Schwerpunkt Burn-out. Was genau versteht man eigentlich darunter?

Reininghaus: Das Problem mit dem Begriff Burn-out ist, dass es keine allgemein anerkannte Definition gibt. Burn-out ist weit mehr als ein arbeits- bzw. organisationspsychologisches Konstrukt. Dieses ist übrigens bereits in den 70er-Jahren in den USA entstanden. Dabei haben namhafte Psychologen und Forscher, vor allem im Gesundheits- und Pflegebereich, festgestellt, dass es – begründet durch das starke Arbeitspensum – zunehmend zu Erschöpfungszuständen kommt, wohl auch mitbedingt durch die starke Personalfuktuation in diesen Berufsgruppen. So hat sich die fragwürdige Kausalität ergeben, mit der wir heute im Zusammenhang mit Burn-out kämpfen. In den USA beispielsweise

hat man den Begriff des Burn-out längst überwunden. Dort spricht man von „Fatigue“, also Ermüdung im weiteren Sinne. Die Symptome gestalten sich dabei sehr vielseitig, ähneln aber nicht selten einer Art Depression mit Antriebs- und Energieschwächen, körperlicher Erschöpfung, Kraftlosigkeit, Schlafstörungen sowie negativer Zukunftsperspektive. Ältere Burn-out-Modelle, etwa von Herbert Freudenberger, beschreiben sogar paranoide Symptome, also solche aus dem schizophrenen Formenkreis. Fest steht, dass wir es mit einem Konvolut an Fäden psychiatrischer Konditionen zu tun haben, deren Ursprung immer in der beruflichen oder privaten Überlastung liegt. Mit Burn-out gehen also primär affektive Symptome einher, die einer fachkundigen, medizinischen und komplexen Intervention bedürfen. Freilich nimmt durch die inflationäre Verwendung

des Begriffs „Burn-out“ auch das Angebot diesbezüglicher Behandlungen stark zu. Eine Gefahr sehe ich besonders in der Annahme, Burn-out mit Wellness behandeln zu können. Erhalten betroffene Patienten nicht die geeignete Therapie, so kann sich ihr Zustand nicht nur verschlechtern: Die Gefahr ist, dass die Erkrankung verzögert wird. Im Therapiezentrum Justuspark haben wir ganz bewusst diesen Schwerpunkt gewählt, weil Burn-out im öffentlichen Dienst, aus dem die Mehrheit unserer Versicherten kommt, zunehmend an Bedeutung gewinnt. Diesem Problem müssen wir uns stellen.

P: Wie kam es, dass Sie Ihren persönlichen Schwerpunkt auf den Themenbereich Burn-out gelegt haben?

Reininghaus: Ich habe mich Zeit meiner beruflichen Laufbahn sowohl klinisch als auch wissenschaftlich mit affektiven Störungen beschäftigt. Es ist wohl mein großes Interesse bzw. mein Wissensdrang: Ich möchte mehr über das nebulöse Gebilde Burn-out



erfahren und noch viel genauer erkunden, was sich hinter einer derartigen Diagnose befindet. Der optimale Ansatz liegt meines Erachtens in einem multifaktoriellen Modell, in das wir prämorbid Belastungen bzw. Dispositionen einbeziehen und körperliche Symptome noch genauer beleuchten müssen.

P: Burn-out gilt als moderne Gesellschaftserkrankung. Wie beurteilen Sie den aktuellen Status und die künftige Entwicklung des Krankheitsbildes?

Reininghaus: Der Ausdruck „moderne Gesellschaftserkrankung“ trifft es sehr genau,

wobei der Höhepunkt meines Erachtens noch vor uns liegt. An Burn-out zu leiden ist fast en vogue, was wohl auch der Implikation zugrunde liegt, dass wir durch die Kausalität, viel gearbeitet zu haben und uns selbst als Opfer zu sehen, eine hohe soziale Akzeptanz gegenüber schweren psychischen Erkrankungen entwickelt haben.

Fälschlicherweise lässt das viele Menschen annehmen, Burn-out sei die „Krankheit der Fleißigen“, was freilich völlig falsch ist. Diese Maskierung des Begriffs führt nicht selten zu Fehldiagnosen. Zusätzlich kommt es durch die Trennung zwischen Burn-out und psychischer Erkrankung zu einer weiteren Stigmatisierung. Diese Entwicklung verurteile ich. Darum sind wir bemüht, eine Kategorisierung zu schaffen, die definiert, was Burn-out wirklich ist. Der Begriff selbst wird meiner Einschätzung nach bald verschwinden. Er ist bereits heute ein relativ isoliertes Phänomen des deutschsprachigen Raums. Natürlich gibt es eine körperliche und psychische Alteration nach Arbeitsüberlastung. Dass Burn-out aber ein eigenständiges Krankheitsbild oder gar ein Syndrom mit rund 140 Symptomen und phasenhaftem Durchlauf ist, ist mangels entsprechender Forschung wissenschaftlich nicht evident. Meiner Beurteilung nach handelt es sich um eine Subform einer affektiven Erkrankung mit neurotischen Anteilen oder auch Persönlichkeitsanteilen.

P: Was kann der Einzelne tun, um einer Erkrankung vorzubeugen?

Reininghaus: Die Ansprüche der Arbeitswelt an jeden Einzelnen von uns sind heute wohl höher als früher und werden wahrscheinlich weiterhin zunehmen. Als Kinder haben wir nicht gelernt, unsere

eigene Stärke zu kultivieren. Es wäre absolut sinnvoll, bei allen Burn-out-Betroffenen eine Kultur der Selbstreflexion zu entwickeln. Durch den kultivierten Blick ins eigene Ich herauszufinden, wo die eigenen Grenzen liegen, was einem gut tut oder nicht. Bzw. zu hinterfragen, ob man überhaupt am gewünschten Weg ist, das wäre ein sinnvoller Anfang. Zusätzlich wäre es wichtig, die eigenen Symptome zu registrieren und diese zu hinterfragen. Essenziell ist außerdem ein ausgeglichener Lebensstil. Die physischen Zusammenhänge zwischen Fettleibigkeit, Suchtmittelgebrauch, Bewegungsmangel etc. sind ja mittlerweile bekannt. Durch Anpassung des Lebensstils steigt das Wohlbefinden – nicht nur aufgrund einer vorübergehenden Endorphinausschüttung, sondern auch weil das Immunsystem bei Kontinuität gegen physische Alterationen bzw. Infekte resistenter wird. Mein Ratschlag: gesund leben und für sich selbst eine Form der Selbstreflexion entwickeln. Viele von uns können aber genau das nicht. Hier setzen Coaching und Therapie an.

P: Wie kann man sich eine Burn-out-Therapie vorstellen?

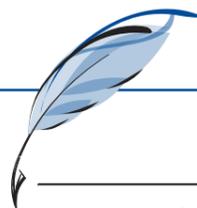
Reininghaus: Essenziell ist aufgrund des komplexen Krankheitsbildes eine profunde Diagnostik. Bei uns werden Patienten genauestens untersucht: körperlich wie psychologisch. Das ist die Basis einer jeden Therapie, die immer nur so gut sein kann wie die vorgelagerte Diagnostik. Stellt sich im Rahmen der Diagnose heraus, dass es sich tatsächlich um eine Arbeitsüberlastung handelt, so muss man untersuchen, ob eine Arbeitsstörung vorliegt. Das Arbeitsthema ist also definitiv Teil der Therapie. Wir arbeiten therapeutisch



in folgenden Bereichen: Lebensstil – Ressourcen – Resilienz – Selbstreflexion. Ein multimodales, professionenübergreifendes Therapiekonzept bezieht Trainingstherapie, Psychotherapie, ärztliche Therapie sowie weitere Angebote wie Ernährungsberatung oder auch Ergotherapie mit ein. Wesentlich für den Therapieerfolg ist aus meiner Sicht ein Transparentmachen der Therapie für Patientinnen und Patienten, ein konsequentes Miteinbeziehen. Dies ist eine allgemeine Haltung in unserem Haus, ein spezielles Gruppenangebot hierzu liefert außerdem die Psychoedukation. Ziele sind das Herstellen und Erhalten von Veränderungsmotivation, die Stärkung der Eigenverantwortung und die Entwicklung der Fähigkeit zur Selbstreflexion. Patienten sollen zu Spezialisten ihrer eigenen Gesundheit werden. ■

BioBox:

Prim. Dr. Bernd Reininghaus wurde 1975 in Deutschland geboren. Nach dem Studium der Medizin an der Karl-Franzens-Universität Graz absolvierte er die Facharztausbildung für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin zunächst in der Schweiz, dann an der Universitätsklinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität Graz, wo er noch einige Jahre als Facharzt tätig war. Darüber hinaus verfügt Prim. Dr. Reininghaus über diverse klinische, wissenschaftliche und wirtschaftliche Zusatzausbildungen. Er ist verheiratet, lebt in Graz und Bad Hall und hat zwei Kinder.



Mit spitzer Feder

Leadership und Chirurgie

Wikipedia setzt Leadership mit Menschenführung gleich. Der Ausdruck „Leadership“ stammt aus der Psychologie und umfasst alle Maßnahmen des Vorgesetzten, um die optimale Kooperation, Koordination und Kommunikation aller Mitarbeiter des Unternehmens zu erreichen. Leadership ist auch ein ethischer Begriff, hat aber grundsätzlich mit „Führung“ zu tun. Mit Führung wiederum sind negative Assoziationen verbunden, wie Führung in der Politik, Führung beim Militär samt allen damit verbundenen negativen Folgen. Im angloamerikanischen Sprachgebrauch wird Leadership mit Personalführung/Mitarbeiterführung gleichgesetzt.

Was bedeutet das nun für die Chirurgie, die Medizin im Allgemeinen? Hier greife ich auf meine Erfahrungen mit der Amerikanischen Chirurgengesellschaft

(American College of Surgeons) zurück. Das American College of Surgeons hält „Leadership“ für so wertvoll, dass eigene Kurse dafür angeboten werden. Die amerikanische Chirurgie sieht in Leadership weniger Führungsaufgaben, Visionen, Strategien oder die Erfüllung von Zielvorgaben, sondern eine Geisteshaltung, eine Kultur! Leadership soll nicht nur der Chefchirurg an den Tag legen, sondern jeder Mitarbeiter, inklusive Pflege, Studenten und Administration. Leadership ist daher im Operationssaal, auf der Bettenstation, in der Ambulanz, aber auch bei allen Besprechungen, Mitarbeitergesprächen, strategischen Festlegungen etc. gefragt. Leadership versteht sich als zentrale Idee, Probleme in der Chirurgie zu erkennen, Maßnahmen zu ergreifen und den Prozess zu einem guten Ende zu bringen. Es impliziert, nicht aufzugeben, bevor das Ziel erreicht ist („Advocacy“). Damit verbunden ist Überzeugungskraft, also Mitarbeiter zu motivieren und gewissermaßen „mitzureißen“. Leadership geht nicht nur vom Vorgesetzten auf den Nachgeordneten aus, sondern kann auch umge-

kehrt erfolgen. So kommt beispielhaft ein Student zu einem deutschen Ordinarius der Chirurgie und macht einen Vorschlag. Der Ordinarius lässt sich überzeugen und gibt diesen Vorschlag als Projekt in Auftrag. Auch das ist Leadership.

Leadership hat zahlreiche Feinde:

Dazu zählt z.B. Management, das sich mehr als Verwaltung versteht (John P. Kotter, 1982). Management bedeutet: Erledigung von Aufgaben, Organisation und Verwaltung, damit der Betrieb eben „läuft“. Ein „Leader“ ist dagegen ein Visionär, der das Unternehmen voranbringt. Tom Peters, ein McKinsey-Mitarbeiter, hat einmal treffend gesagt, die Gesellschaft sei „over-managed“, aber „under-led“. Weitere Feinde von Leadership sind mangelnde Kommunikation und fehlende Zeit, beispielhaft zu sehen an der absoluten Unverträglichkeit von Chirurgie und strikter Beschränkung der Arbeitszeit. Aber gerade in unserer Zeit mit hohen Anforderungen an Qualität in der Chirurgie, einem hohen Grad von Technisierung, Methodenvielfalt,

fehlender Arbeitszeit und Ausbildungsnotwendigkeit ist Leadership in der Chirurgie absolut notwendig.

Kommt ein Vorstand einer chirurgischen Abteilung eben dieser Leadership nicht nach, kann er bei all den erwähnten Widrigkeiten nicht entsprechend motivieren und die gestellten Aufgaben nicht erfüllen, so ist er fehl am Platz.

Leadership in der Chirurgie muss gefördert werden

Dazu ist ein Maximum an Zuwendung notwendig, zum chirurgischen Problem, zum Patienten und zum Mitarbeiter. Das erfordert gleichzeitig mehr Kommunikation! Dieses Ziel ist aber nur zu erreichen, wenn ein radikaler Administrationsabbau stattfindet. Die Administration müssen eben „andere“ als die Chirurgen machen ...

*Univ.-Prof. Dr. Albert Tuchmann
Generalsekretär der Österreichischen
Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC)*

Langer Tag des Darms: Morbus was? Colitis wie?

Im Zeichen der Darmgesundheit stand das Wiener Museumsquartier am 13. Juni dieses Jahres beim „Langer Tag des Darms“. Rund 1500 Besucher nutzten das Informationsangebot des Vereins darm plus, der anwesenden Mediziner, Experten, Selbsthilfegruppen und interaktiven Stationen, um sich über entzündliche Darmerkrankungen, Dickdarmkrebsvorbeugung, funktionelle Darmleiden, Zöliakie und Intoleranzen zu informieren.

Von Mag. (FH) Martina Dick

Obwohl bis zu 80.000 Österreicher an chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) leiden, ist das Wissen darüber bei der heimischen Bevölkerung bis dato gering. Der Verein darm plus setzte mit der Veranstaltung „Langer Tag des Darms“ ein kräftiges Zeichen und präsentierte ein umfangreiches Angebot zur Bewusstseinsbildung und zum Wissenstransfer rund um verschiedenste Fragen der Darmgesundheit. A. o. Univ.-Prof. DI Dr. Harald Vogelsang, Präsident von darm plus, ist die umfassende Information der Bevölkerung wichtig: „Das Programm dieser Veranstaltung sollte nicht nur dem Wissenstransfer dienen, sondern Tabus brechen, die rund um den Darm bestehen. Die Wahl der Location kommt auch einem jungen Publikum entgegen und hebt damit die Bedeutung der Prävention und der Erhaltung der Gesundheit durch einen gesunden Darm hervor.“

Darmgesundheit zum Erleben, Staunen und Begreifen

Anhand eines 20 Meter langen Darmmodells, durch das ein interaktiver Informationsparcours führte, hatten Besucher die Möglichkeit, den Darm – im wahrsten Sinne des Wortes – selbst zu erkunden und bei einer Führung Wissenswertes über seine Aufgaben sowie die wichtigsten Erkrankungen zu erfahren. Außerdem konnten Interessierte in die Rolle eines Gastroenterologen schlüpfen und an jener Puppe eine Koloskopie üben, mit der auch an Universitäten im Rahmen des Medizinstudiums gearbeitet wird. Das soll Menschen die Angst vor der Untersuchung nehmen und Awareness für Vorsorgeuntersuchungen schaffen. Zudem wurde gezeigt, wie man anhand eines einfachen Selbsttests Entzündungswerte im Stuhl messen kann.

Morbus was? Colitis wie?

Die am häufigsten auftretenden chronischen Darmerkrankungen sind Morbus Crohn (MC) und Colitis ulcerosa (CU). Dr. Gottfried Novacek gab in seinem Vortrag einen Überblick: „MC ist durch eine gleichmäßige Entzündung der Schleimhaut gekennzeichnet, CU wiederum dadurch, dass alle Abschnitte des Magen-Darm-Trakts betroffen sein können. Bei einem ausgedehnten entzündlichen Befall des Dickdarms ist ein erhöhtes Risiko für Dickdarmkrebs möglich.“ Die Behandlungsoptionen für CED sind durch neue medikamentöse Therapien deutlich besser geworden. Da die Ursachen aber bislang nicht genau bekannt sind, können diese Erkrankungen noch nicht ursächlich behandelt werden.

Darmkrebsvorsorge: ja! Aber wie geht das?

Jeder 17. Österreicher kann im Laufe seines Lebens Darmkrebs entwickeln. Mit der Vorsorgekoloskopie steht hierzulande eine allgemein anerkannte, wirksame Screening-Methode zur Verfügung. Seit ihrer Einführung 2005 lassen sich in Österreich Hunderte Darmkrebsneuerkrankungen und -todesfälle pro Jahr verhindern. Univ.-Prof. Dr. Monika Ferlitsch erläuterte: „Das Einzigartige an der Koloskopie ist, dass sie sowohl Diagnose als auch Therapie in ein und demselben Untersuchungsgang am selben Untersuchungstag ermöglicht. Wenn Polypen bzw. Adenome, Vorstufen des Darmkrebses, gefunden werden, können diese sofort entfernt werden. Somit kann der Darmkrebs gar nicht entstehen.“

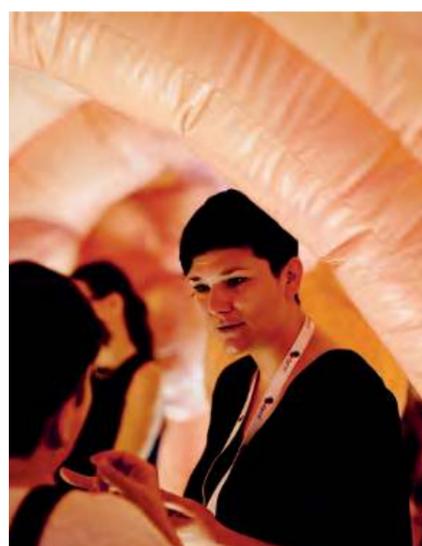
Zöliakie oder Nahrungsmittelintoleranz?

Eine Abgrenzung der Nahrungsmittelintoleranz zur Zöliakie nahm A. o. Univ.-Prof. DI Dr. Harald Vogelsang vor. Die Zöliakie ist in Europa bei etwa ein bis zwei Prozent der Bevölkerung zu finden. Sie fällt durch leichte Unregelmäßigkeiten der Verdauung auf. Das Screening ist durch die ausgezeichnete Treffsicherheit der Antikörpertests deutlich vereinfacht worden. Eine Diagnose wird durch die Biopsie bei der Magenspiegelung (Gastroskopie) aus dem Zwölffingerdarm gestellt. Danach ist eine strikte und lebenslange glutenfreie Diät zu empfehlen. „Abgesetzt von der Zöliakie, gibt es die Möglichkeit einer Glutensensitivität, bei der allgemeine körperliche und Bauchsymptome unter Normalkost auftreten und Besserung ebenfalls erst mittels einer glutenfreien Diät eintritt“, sagte Vogelsang. Zu den häufigsten Nahrungsmittelintoleranzen zählt die so genannte Laktoseintoleranz (25 Prozent der Österreicher). Die Fruktosemalabsorption wird üblicherweise auf eine Schwäche des Fruktosetransporters im oberen Dünndarm zurückgeführt und führt nach dem Genuss fruktosehaltiger Lebensmittel zu verstärkten Bauchbeschwerden. Die Fruktoseintoleranz hat nichts mit der hereditären Fruktoseintoleranz gemein, die bereits im Säuglingsalter mit schwerer Stoffwechselerkrankung manifest wird.

Die Rolle der Psyche wurde in einem Vortrag von Univ.-Prof. Dr. Gabriele Moser behandelt. Sie spielt beim Reizdarmsyndrom (RDS) eine Rolle: „Bei einem Drittel der Reizdarmpatienten beginnen die Beschwerden nach einer schweren Infektion oder nach psychischen und körperlichen Belastungssituationen. Manchmal spielen auch Unverträglichkeiten eine Rolle. Typisch für RDS sind Bauchschmerzen, Stuhlnunregelmäßigkeiten und häufig Blähungen. Bei Untersuchungen fehlen krankhafte oder abnorme Befunde, die Beschwerden können so nicht ausreichend erklärt werden. In Spezialzentren weisen über 60 Prozent auch psychische Beeinträchtigungen oder Störungen auf“, so Moser.

Die geheimnisvolle Welt der Darmbakterien

Veränderungen der Bakterienflora im Darm sind laut Studien auf täglichen Stress, zu süßes und fettes Essen und die



Einnahme zu vieler Medikamente wie Cortison und Antibiotika zurückzuführen. „Ist die lebendige Darmflora in ihrer Vielfalt eingeschränkt, die Anzahl der Darmbakterien reduziert, können Giftstoffe, Allergene und schädliche Keime vollkommen ungehemmt ins Körperinnere eindringen und zu Entzündungen und Infektionen führen. Diese können zum Beispiel Ursache von Diabetes, rheumatoider Arthritis oder Herz-Kreislauf-Schäden sein“, erklärte Mag. Anita Frauwallner.

Voller Erfolg

Der erste „Lange Tag des Darms“ hat gezeigt, dass interaktiver Wissenstransfer und aktive Informationsvermittlung in der Be-

völkerung auf großes Interesse stoßen. Der Verein darm plus wird als Plattform für Betroffene und Mediziner auch weiterhin seinen Beitrag leisten, um österreichweit eine einheitliche Versorgungs- und Qualitätsstruktur sicherzustellen. ■





FOKUS: chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Bereits am 3. Juni hat a. o. Univ.-Prof. DI Dr. Harald Vogelsang, Präsident von darm plus, in einer Pressekonferenz das Programm zum „Langen Tag des Darms“ vorgestellt. Weitere Experten erörterten u. a. die Themenbereiche Früherkennung, Prävention und Therapiemöglichkeiten bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED). Thematisiert wurden auch die Problematik und der Umgang mit CED im Alltag.

Dr. Christoph DACHS, Präsident der ÖGAM

„In der Allgemeinmedizin haben wir ausreichende diagnostische Möglichkeiten zur Früherkennung von CED. Wichtig in dieser Situation ist eine gute Aus- und Weiterbildung der Allgemeinmediziner sowie Mediziner und damit die Sensibilisierung für dieses Krankheitsbild.“

Ing. Evelyn GROSS, Jugendbeauftragte der Österreichischen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa Vereinigung (ÖMCCV)

„Die Diagnose CED zu erhalten ist für niemanden leicht, denn anfangs kann man sich in keinster Weise vorstellen, was sie eigentlich bedeutet. Meist werden die Patienten mit ihren Problemen und Symptomen nicht ernst genommen. Gewichtsverlust, ständige Bauchschmerzen, Appetitlosigkeit, Gelenksbeschwerden und andere Symptome werden als ‚Kleinigkeit‘ abgetan. Die Krankheit bleibt so über Jahre unerkannt, die Betroffenen werden teilweise als Hypochonder abgestempelt.“

Peter HILLEBRAND, Diätologe

„Die wichtigsten Ziele in der diätetischen Behandlung von CED sind die Prävention und Therapie von Mangelernährung sowie die Behandlung von Verdauungsbeschwerden wie Durchfall und Blähungen. Der Mangelernährung kann beispielsweise mit einer Anreicherung der Diät und dem Einsatz von Nahrungsergänzungsmitteln begegnet werden. Wichtige Nährstoffe, bei denen es oft zu einer Unterversorgung kommt, sind z. B. Eisen, Folsäure, Vitamin B12, Calcium, Vitamin D, Zink und Eiweiß.“

Mag. Alexander HERZOG, Obmann-Stv. der SVA

„Durch einen gesunden Lebensstil können viele Darmkrebs-Erkrankungen verhindert werden und regelmäßige, frühzeitige Vorsorgeuntersuchungen verbessern die Prognose sowie den Krankheitsverlauf wesentlich. Hier brauchen wir ein Umdenken und einen Fokus auf Prävention. Bei der Gesundheit und auch speziell bei der Darmgesundheit gibt es Risikofaktoren, die jeder Einzelne selbst in der Hand hat.“



v.l.n.r.: Harald VOGELSANG – darm plus, Christoph DACHS – ÖGAM, Evelyn GROSS – ÖMCCV, Alexander HERZOG – SVA, Peter HILLEBRAND – Diätologe

Folgende Unternehmen sind Basissponsoren des Vereins darm plus – CED-Initiative Österreich:



Handlungsfeld: Antibiotika- resistenz

Der Einsatz von Antibiotika bei Infektionskrankheiten, verursacht durch Keime, ist unverzichtbar geworden. Die Schattenseite dieser medizinischen Errungenschaft ist die Antibiotikaresistenz. Bereits seit dem Jahr 1961 ist der Stamm des methicillinresistenten Bakteriums *Staphylococcus aureus* (MRSA) bekannt und seit 1975 ist seine weltweite Zunahme beobachtbar. Die Häufigkeit des Auftretens von MRSA variiert nicht nur regional, sondern auch von Krankenhaus zu Krankenhaus und sogar von Abteilung zu Abteilung massiv. Die durch diesen Erreger ausgelösten Infektionen sind weltweit ein zunehmendes medizinisches Handicap. Das PERISKOP sprach mit Mag. Martin Schaffenrath, stellvertretender Vorsitzender des Vorstandsvorstands im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, über aktuelle Hygienestandards, Möglichkeiten verbesserter Risikokonzeption und Maßnahmen im extramuralen Bereich.

Von Mag. (FH) Martina Dick

P: Wie stellt sich die Situation der Antibiotikaresistenz intramural dar?

Schaffenrath: MRSA ist das Damoklesschwert im Gesundheitssystem. Trotz der hohen und standardisierten Hygienemaßnahmen sind diese Krankheitserreger ein großes Problem. Gefährdet sind meistens Personen mit einem geschwächten Immunabwehrsystem. Insbesondere jedoch bestimmte Patientengruppen wie z. B. Diabetiker oder Dialysepatienten. Sie haben ein höheres Risiko, an diesem Erreger zu erkranken. Es gibt aber auch Personen, die den Keim unwissentlich in sich tragen (z. B. aus dem Krankenhaus entlassene Patienten, Krankenhauspersonal) und daran nicht erkranken. Sie können ihn aber übertragen.

P: Wie beurteilen Sie die Hygienestandards in Österreichs Spitälern?

Schaffenrath: Die Hygiene- und Qualitätsstandards sind sehr hoch und entsprechen den neuesten Erkenntnissen. Oft sind es die Selbstverständlichkeiten, die Kleinigkeiten, die Großes bewirken. Dazu gehört die regelmäßige und sorgfältige Desinfektion von Händen und Gegenständen, aber auch die konsequente Verwendung von Einmalhandschuhen. Präventive Infektionsschutzmaßnahmen sind das A und O in der Bekämpfung des Auftretens dieses so genannten Krankenhauskeims. Ganz bedeutsame Instrumente zur Reduzierung der Resistenzentwicklung sind Maßnahmen der Aus- und Fortbildung sowie Informationskampagnen für die Mitarbeiter in den Gesundheitsberufen und für die Öffentlichkeit.

Nahtstelle nach stationärem Aufenthalt

Extramural ist die Nahtstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich eine große Herausforderung. In der Pflege zu Hause hat die Infektionsmorbidity und -mortalität eine ganz andere Gewichtung, nicht alleine durch eine eventuell vorliegende Infektion, sondern auch durch die Weiterverbreitung von multiresistenten Keimen. Hier haben Hygienemaßnahmen äußerste Priorität. Vielfach muss über die bestehende Möglichkeit einer Kontaktübertragung (z. B. durch Hände, Brille, Bettwäsche, Kleidung) und deren Vermeidung aufgeklärt und informiert werden.

P: MRSA ist eine ernstzunehmende Herausforderung – wie lässt sich eine erhöhte Risikokonzeption bewerkstelligen?

Schaffenrath: Die Installierung eines Expertenpools ist sicherlich ein idealer Ansatz. Sämtliche Strategien zur Bekämpfung der Antibiotikaresistenz müssen erfasst und koordiniert werden. Kompetente Richtlinien und anwendbare Empfehlungen müssen der breiten Öffentlichkeit auf nationaler und internationaler Ebene zur Verfügung gestellt werden. Das heißt auch, dass Informationen über Ländergrenzen hinweg in standardisierter und verlässlicher Form erfolgen müssen. In den letzten Jahren sind jedoch auch neue Infektionsquellen (z. B. Nutztierhaltung) bekannt geworden und dazugekommen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass sektorenübergreifende Mechanismen installiert werden, in denen Human-, Veterinärmedizin, Landwirtschaft und Lebensmittelindustrie erfasst sind.

P: Was spricht für ein Vorscreening bzw. ein lückenloses Screening?

Schaffenrath: Das Screening auf MRSA, die Einleitung von Hygienemaßnahmen und die MRSA-Sanierung sind in österreichischen Krankenhäusern gut etabliert. Für Patienten, die in Krankenhäusern aufgenommen werden, gilt vor allem folgender Schlüssel für die Risikofaktoren einer Kolonisation: langer und wiederholter Aufenthalt und eine Therapie mit Breitbandantibiotika.

Screening: Patienten UND Personal

Das Screening (die Suche nach MRSA) erfolgt bei Patienten und beim Personal. Entsprechend den Risikofaktoren, sollten ehemals von MRSA betroffene Patienten bei einer Wiederaufnahme in ein Krankenhaus auf den Gegenbeweis der MRSA-Trägerschaft hin überprüft werden. Auch in jenen Fällen, in denen die damalige Lokalbehandlung erfolgreich verlaufen und in der Krankengeschichte vermerkt ist, ist eine Überprüfung mehr als sinnvoll.

Insbesondere in den Risikobereichen (z. B. Aufenthalt in Hochrisikobereichen wie Herz-Thorax-Chirurgische Abteilungen, häufige antibiotische Therapien, Vorliegen von Hautdefekten wie chronische Wunden, in Behandlung stehende Kranke aus Ländern mit gesteigerter Rate an multiresistenten Erregern) ist ein lückenloses Screening erforderlich. Hier ist auch darauf zu achten, dass durch die Klinischen Abteilungen für Mikrobiologie die Befundergebnisse noch am selben Tag geliefert werden können.

P: Wie beurteilen Sie eine mögliche Kostenerstattung bzw. Refinanzierung von Tests, Isolation und Behandlung, wenn noch kein positives Ergebnis vorliegt?

Schaffenrath: Die Österreichische Gesellschaft für Krankenhaushygiene (ÖGKH) konnte aufzeigen, dass präventive Kosten von rund 100 bis 120 Euro in keinem Vergleich zu den diagnostischen und therapeutischen Kosten einer tatsächlich eingetretenen Infektion stehen und dass das Zurückhalten einer evidenzbasierten Präventionsmaßnahme zu einer ethischen Implikation führen würde. Hinsichtlich der Kostenerstattungen und Refinanzierungen werden die Krankenkassen vermutlich immer mehr gefordert und eine Bedarfserhebung ist sinnvoll. Zum Wohle aller Betroffenen ist jedoch darauf zu achten, dass groß angelegte Untersuchungsreihen zur MRSA-Überprüfung vermieden werden, bei denen von vornherein feststeht, dass diese zu keinem Erkenntnisgewinn führen.

Antibiotikaresistenzen auch Thema beim G7-Gipfel

Laut WHO sterben jedes Jahr weltweit rund 700.000 Menschen an den Folgen einer Resistenz. Aktuell wurde dieses Thema auch anlässlich des G7-Gipfels in Bayern behandelt. Weil es „ausschlaggebende Bedeutung für die Menschheit“ habe, mahnte auch die deutsche Bundeskanzlerin Angela Merkel Fortschritte ein. Der Menschheit drohe sonst der Rückfall in das Vor-Penicillin-Zeitalter. Warnzeichen gibt es schon heute, weil immer mehr Menschen an multiplen Krankenhauskeimen sterben, gegen die keine Medikamente mehr helfen. ■

BioBox:

Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA 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 Vorstandsvorstands im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

 Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

MAG. MARTIN SCHAFFENRATH
HVB-Vorsitzender Stv.

Kirschblütengespräch

Die Bedeutung der japanischen Industrie für das österreichische Gesundheitswesen: Ein Blick auf die Industrie und Produkte, die den heimischen Markt durch japanische Forschung mitgestalten

Im Jahr 2009 haben die österreichischen Niederlassungen von fünf japanischen Pharmaunternehmen (J5) – Astellas Pharma, Daiichi-Sankyo, Eisai, Mitsubishi Tanabe Pharma und Takeda – eine gemeinsame Plattform initiiert und mittlerweile ist dieser Zusammenschluss der J5 hierzulande gut etabliert. Durch ihn soll das Bewusstsein für die Bedeutung von Innovationen im Pharmabereich gefördert werden. Alle Mitglieder sind erfolgreiche, traditions- sowie wertebewusste Firmen, die das Ziel verfolgen, die Gesundheit der Menschen zu verbessern und Schwerpunkte hinsichtlich der Kommunikation eines gemeinsamen Wertebilds, des Aufbaus partnerschaftlicher Beziehungen und einer gemeinsamen Öffentlichkeitsarbeit zu setzen. Am 7. April dieses Jahres luden die J5, passend zum Frühlingsbeginn, zum traditionellen Kirschblütengespräch. In den Barocken Suiten des Museumsquartiers widmeten sie sich diesmal dem Schwerpunkt Forschung. Zu Beginn der Veranstaltung lieferten die beiden Sprecher, Mag. Christoph Neumayer (Generalsekretär der Industriellenvereinigung) und Mag. Sylvia Hofinger (Geschäftsführerin des Fachverbandes der chemischen Industrie der Wirtschaftskammer Österreich), spannende und anregende Impulse für den darauf folgenden interaktiven Austausch mit den Teilnehmern. Im Fokus stand die Bedeutung der internationalen Beziehungen und der japanischen Industrie für das österreichische Gesundheitswesen.

Von Dipl.-Ing. Anna-Lena Kollos

Botschaftsrat Takashi Teraoka begrüßte als Vertreter der japanischen Botschaft in Wien die anwesenden Gäste und thematisierte die Parallelen von Diplomatie und Gesundheitswesen. Menschliche Sicherheit und Patientenversorgung würden in beiden Disziplinen eine wesentliche Rolle spielen. Ein umfassender Ansatz sei essenziell, um den Ausbau und den Erhalt des Gesundheitswesens zu unterstützen. Japan konzentrierte sich dabei besonders auf die Vertiefung des Wissens hinsichtlich der Gesundheit von Schwangeren und Kindern. Auch die Themen Impfen und gesunde Ernährung sollten durch die Zusammenarbeit von lokalen Behörden und Schulen intensiviert werden. Eine wesentliche Herausforderung stelle gerade auch in Japan die Überalterung der Bevölkerung dar.

Georg Wager, MBA, General Manager von Eisai, betonte in seinen Begrüßungsworten in Vertretung der J5, dass die anwesenden japanischen Unternehmen in Österreich dem japanischen Wertesystem und der Kultur sehr verpflichtet seien, besonders im Sinne der Patientenversorgung. Nicht nur die Kirschblüte, die traditionell mit dem Frühlingsbeginn in Japan assoziiert werde, sei eine Tradition, die bei den Kirschblütengesprächen aufgegriffen werde. Bei den Mitgliedsfirmen der J5 sei es auch seit vielen Jahren gebräuchlich, Themen, die der Nachhaltigkeit dienen, nach außen zu tragen. Dabei stehe nicht das unmittelbare und kurzfristige Geschäftswachstum im Vordergrund, sondern vor allem die nachhaltige Verbesserung der Gesundheitsversorgung an sich. Bemerkenswert sei, dass die J5-Firmen in ihren jeweiligen Indikationsgebieten zu den Marktführern ihrer entsprechenden Therapieklassen zählen würden. Die hohe industrielle Wertschöpfung durch die japanischen Pharmafirmen, teils auch mit Produktionsstätten in Österreich, zeigt klar die nationale Bedeutung der japanischen Industrie.

Aber nicht nur die industrielle Wertschöpfung der japanischen Firmen, so betont Georg Wager, ist von Bedeutung – sondern insbesondere deren Arzneimittel stellen einen hohen Mehrwert für Patienten und deren Angehörige dar.

In seinem Impulsstatement wies **Mag. Christoph Neumayer** darauf hin, dass Japan zu den Ländern mit der höchsten Lebenserwartung zähle. Während Lebens- und Gesundheitserwartung in Österreich geringer ausfielen, seien die Ausgaben für das Gesundheitssystem in Relation zum BIP (rund elf Prozent) laut OECD höher. Grundsätzlich dürfe Gesundheit nicht als reiner Kostenfaktor gesehen werden,

dennoch sei es notwendig, laufend über Effizienzsteigerungs- und Verbesserungspotenziale nachzudenken. Mit klugen Maßnahmen und einer einheitlichen Steuerung könnten die Ausgaben um rund 0,5 Prozent des BIP gesenkt werden, ohne dass es zu Nachteilen für Patientinnen und Patienten kommen müsse. Neben gesundheitspolitischen Überlegungen ging Neumayer auf die wirtschaftliche Verflechtung der beiden Staaten ein: Während knapp 80 österreichische Unternehmen über Niederlassungen in Japan verfügten, befänden sich heute etwa 60 japanische Niederlassungen in Österreich. Zudem sei Japan mit einem jährlichen Handelsvolumen von 3,1 Mrd. Euro mit Abstand der zweitwichtigste Handelspartner Österreichs in Asien und der dritt wichtigste in Übersee. Aus wirtschaftspolitischer Sicht sei Japan ein interessantes Beispiel, wie ein Staat mit einer seit Jahren anhaltenden Wachstumsschwäche umgehe – eine Herausforderung, der sich auch Österreich zunehmend stellen müsse. Hier müsse man die weitere Entwicklung und Auswirkungen der „Abenomics“ beobachten. Allgemein liege die Arbeitslosigkeit in Japan deutlich unter jener Europas oder auch Österreichs.

Mag. Sylvia Hofinger hob in ihrem Impulsstatement vor allem die Intransparenz des heimischen Gesundheitssystems hervor, die vor allem durch die Mehrfachfinanzierung durch Bund, Länder und Sozialversicherungsträger hervorgerufen werde. Der Rechnungshof habe erhoben, dass durch transparentere Lösungen 2,9 Milliarden Euro Umschichtungspotenzial möglich seien. Ein weiteres Problem des österreichischen Gesundheitswesens sah Hofinger darin, dass trotz eines teuren Systems, gemessen an den gesunden Lebensjahren, nur ein mittelmäßiger Output erzielt werde. In Zukunft würden chronische Erkrankungen zunehmen und ein rascher Zugang zu innovativen Arzneimitteln werde notwendig, um den Fortbestand des Gesundheitssystems zu gewährleisten. Im internationalen Vergleich liege Österreich bei der Anzahl an Krankenhausaufenthalten an erster Stelle. Ein wichtiger Schritt zur Effizienzsteigerung wäre es, das System hinsichtlich des Nutzens und weniger hinsichtlich der Kosten zu betrachten. Investitionen in Forschung und Entwicklung seien unerlässlich, um die angesprochenen und nötigen innovativen Arzneimittel auf den Markt zu bringen.

In der **Diskussion** wurde neben der auch von Hofinger angesprochenen Forschungs- und Entwicklungsquote (15 Prozent in Österreich und 25 Prozent in Japan) auch



v.l.n.r.: Christoph NEUMAYER – IV, Georg WAGER – Eisai GmbH, Takashi TERAOKA – Japanische Botschaft in Wien, Sylvia HOFINGER – Fachverband der chemischen Industrie WKO, Hanns KRATZER – PERI Consulting

das Thema Steuern und Abgaben thematisiert. Während in vielen Branchen japanische Unternehmen im öffentlichen Bewusstsein sehr präsent sind und ihnen das Attribut der Innovation automatisch zugeschrieben wird, sind Pharmafirmen mit japanischem Hintergrund in Österreich noch relativ wenig bekannt. Sie sind nur selten in den österreichischen Medien zu finden, und das obwohl sie ein wesentlicher Steuerzahler und Arbeitgeber sind. In Japan selbst ist die Steuerleistung, die durch die Pharmaindustrie aufgebracht wird, sogar wesentlich höher als jene der Autoindustrie. Auch das Steueraufkommen der in Österreich lokalisierten japanischen Pharmaunternehmen ist beachtlich. So ist zum Beispiel Takeda mit um die 900 beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der zwölftgrößte Steuerzahler in Österreich.

Neben den Steuern wurden auch die Komplexität des österreichischen Gesundheitssystems und das Herangehen an Innovationen thematisiert. Häufig werden Einsparungen nicht am Lebenszyklus eines Patienten gemessen, sondern an kürzeren Zeiträumen, die durch den kurzfristigen Einsatz teurer Medikamente die Realität verzerren. Die Pharmafirmen wünschen sich deshalb eine faire Behandlung und mehr Transparenz in der Bewertung ihrer Medikamente. Die Transparenz der Finanzströme spielt auch in der für die japanische Kultur so wichtigen Nachhaltigkeit eine bedeutende Rolle.

Abschließend hielt Botschaftsrat Teraoka fest, dass es nicht primär von Bedeutung sei, lange zu leben, sondern lange gesund

zu leben. Mit diesen treffenden Worten war das Ende der Diskussion erreicht. Der Abend wurde durch spannende Gespräche bei japanischen Köstlichkeiten abgerundet. ■



HANDELN SIE JETZT!

WELLDONE PUNKTET MIT KOMPETENZ BEI HANDELSIMMOBILIEN.

Expertise und Stärken der Welldone Werbung und PR im Gesundheits-Bereich sind seit Jahren landauf landab bekannt. Darüber hinaus punkten die Werber und Strategen der Welldone allerdings in letzter Zeit verstärkt im Bereich Handelsimmobilien. Mit umfassenden Konzepten, die Werbung, Marketing, PR, Media und Eventorganisation umfassen, überzeugt die Agentur sowohl Bestandnehmer als auch Eigentümer.

Für das Wörgler Einkaufszentrum M4 im Tiroler Unterland wurde bereits 2012 ein neuer Werbeauftritt kreiert, der – mit Designadaptionen und regelmäßiger grafischer Auffrischung – bis heute mit Originalität und Eigenständigkeit zu überzeugen weiß. Ein Herzstück stellt neben der laufenden Kommunikation auch die umfassende Organisation von Events dar. Ein Publikumsmagnet folgt dem nächsten. Unter dem Motto „Wir rasen in den Frühling!“ wurde z. B. Anfang April echter Rasen mit über 1000 Frühlingsblumen verlegt. Die staunenden Besucher konnten auf eigens gestalteten Liegestühlen („Wir rasten in den Frühling!“) eine gemütliche Shopping-Pause einlegen und unter blühenden Obstbäumen picknicken.

Für die Brigitta Passage in Wien entwickelte die Welldone ein neues und frisches Marketingkonzept. Unter dem Claim „Das Gute liegt so nah“ wird der Charakter des idealen Nahversorgers mittels Türhänger, Einschaltungen im Bezirksblatt, POS-Plakaten und netten Giveaways besonders hervorgehoben. Kinderevents, die jeden ersten Samstag im Monat in der Brigitta Passage für Furore bei den Kids sorgen, stellen den werblichen Schwerpunkt dar.

Der von der Welldone werblich begleitete Umbau des Wiener Stadion Centers beim Wiener Hapfelstadion mündete Ende letzten Jahres in einer großen Gewinnspiel-Verlosung. Hunderte Besucher waren bei der von „Rapid-Stimme“ Andi Marek moderierten Veranstaltung dabei, bei der sich die glücklichen Gewinner über Preise im Gesamtwert von 15.000 Euro freuen konnten.



BRIGITTA
PASSAGE

M4
WÖRGL
SHOPPING • KINO • FITNESS • GASTRO

STADION
CENTER

WIEN MITTE
THE MALL





Full Service für den Handel. Vom 24 Bogen-Plakat über Anzeigen und POS-Materialien bis hin zur Planung und Umsetzung von Events und Online-Tools u. v. a. m. bietet die Welldone umfassende Betreuung.



Credits Welldone Werbung und PR:

Senior Kundenberatung: Mag. (FH) Ariane Stefan
 Junior Kundenberatung: Mag. Theresa Fend, BA
 Head of Accounts: Mag. (FH) Birgit Bernhard
 Creative Director: Kurt Moser
 Grafik & Produktion: Florian Thür, Alexander Cadlet



9. Nephrologie Symposium Herausforderungen der Zukunft

Unter Patronanz der Österreichischen Gesellschaft für Nephrologie fand am 8. und 9. Mai dieses Jahres das 9. Nephrologie-Symposium statt. Veranstaltungsort war der Congress Schladming. Geplant wurde das Programm erstmals von den drei großen Medizinischen Universitäten – Wien, Innsbruck und Graz – sowie dem LKH Feldkirch. In vier Themenblöcken gaben die Sprecher einen interessanten und aktuellen Überblick zu wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Neuerungen. Diskutiert und besprochen wurden die Themen aus der Perspektive künftiger Herausforderungen, die durch den demografischen und strukturellen Wandel entstehen.

In ihrem Eröffnungsstatement legte ao. Univ.-Prof. Dr. Sabine Horn, MedUni Graz, die Daten, Zahlen und Fakten der aktuellen Versorgungssituation dar (Daten zum Stichtag 31. 12. 2013). „Derzeit versorgen wir in Österreich rund 4.500 Patienten in 67 Hämodialyse- und 26 Peritonealdialysezentren und ebenso viele transplantierte Patienten. Die nahe Zukunft bringt uns eine deutliche Zunahme von Betroffenen im Alter von über

65 bzw. 75 Jahren. Die Bevölkerungsberechnung der Statistik Austria projiziert, dass im Jahr 2030 jeder vierte Österreicher über 65 Jahre alt sein wird – die Lebenserwartung steigt weiter an. Wir werden in einem höheren Ausmaß alt und auch zunehmend Begleiterkrankungen, wie unter anderem Nierenerkrankungen, erleben.“



v.l.n.r.: Florian KNOLL, Susanne TABERNIG, Hendrik KOLLER, Karl LHOTTA



v.l.n.r.: Manfred HECKING, Josef KOVARIK, Roman REINDL-SCHWAIGHOFER, Zeljko KIKIC

Themenblock 1: Der geriatrische Nierenpatient – heute und in der Zukunft

Chair: Prim. Univ.-Doz. Dr. Karl LHOTTA, LKH Feldkirch, Abteilung für Nephrologie und Dialyse
 OA Dr. Hendrik KOLLER, KH Elisabethinen Linz, Innere Medizin 3 – Abteilung für Nieren- und Hochdruckerkrankungen, Transplantationsmedizin, Rheumatologie, Department für Akutgeriatrie und Remobilisation
 OA Dr. Susanne TABERNIG, SMZ Ost-Donauspital, 3. Medizinische Abteilung
 Dr. Florian KNOLL, LKH Feldkirch, Abteilung für Nephrologie und Dialyse

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für ein chronisches (und auch ev. dialysepflichtiges) Nierenversagen. Gerade der alte Nierenpatient leidet meist unter vielen Zusatzerkrankungen und ist gebrechlich. Der Therapieansatz verschiebt sich von Heilung auf Lebensqualität und Erhalt der Selbstständigkeit. Einfache Tests erlauben eine Einschätzung der Alltagsfunktionen und der Eignung für invasive Therapiemaßnahmen. Leider sind diese Tests in der Nephrologie noch wenig erprobt. Der Beginn der Dialysebehandlung ist sehr häufig mit einer deutlichen Verschlechterung der Alltagsbewältigung und mit Komplikationen behaftet. Daher kann bei gebrechlichen Patienten durchaus eine gemeinsame Entscheidung gegen eine Nierenersatztherapie ins Auge gefasst werden. Lebensqualität geht hier vor Verlängerung der Lebenszeit um jeden Preis. Der alte Patient hat auch ein deutlich erhöhtes Risiko für eine akute Nierenschädigung mit all ihren Folgen. Sehr häufig sind medikamentöse Therapien die Hauptursache des Nierenversagens. Durch klugen, zurückhaltenden und vorausschauenden Einsatz von Medikamenten bei geriatrischen Patienten könnten viele dieser Katastrophen verhindert werden.

Themenblock 2: Nierentransplantation

Chair: Prim. Univ.-Prof. Dr. Josef KOVARIK, 6. Medizinische Abteilung Nephrologie und Dialyse, Wilhelminenspital
 Dr. Roman REINDL-SCHWAIGHOFER, Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie, Klin. Abteilung für Spezielle Anästhesie und Schmerztherapie, MedUni Wien
 Dr. Zeljko KIKIC, Universitätsklinik für Innere Medizin III, Klin. Abteilung für Nephrologie und Dialyse, MedUni Wien
 Dr. Manfred HECKING, Universitätsklinik für Innere Medizin III, Klin. Abteilung für Nephrologie und Dialyse, MedUni Wien

Der Themenblock „Nierentransplantation“ wurde anhand der Präsentation von aktuellen und innovativen Studien durch drei Vertreter der Klinischen Abteilung für Nephrologie und Dialyse, AKH-Wien, abgedeckt. Dr. Roman Reindl-Schwaighofer berichtete über antikörpermedierte Abstoßungsreaktionen durch nicht-HLA-Antikörper nach der Nierentransplantation und zeigte den Einfluss dieser durch Immunfluoreszenz-Technik und Flow-Crossmatch-Technik nachgewiesenen Antikörper auf das Transplantatüberleben auf. Dr. Zeljko Kikic untersuchte die Bedeutung der C4d-Färbung als immun-histochemischen Prädiktor der Transplantatfunktion und wies auf die differenzialdiagnostische Bedeutung von peritubulärem, kapillärem und endothelalem C4d-Nachweis sowie dessen Korrelation mit spenderspezifischen Antikörpern hin. Dr. Manfred Hecking präsentierte Daten aus mehreren Interventionsstudien und konnte nachweisen, dass die frühzeitige Insulingabe bei hyperglykämischen Patienten nach einer Nierentransplantation die Betazellen des Pankreas vor Überlastung schützen und damit den Post-Transplant-Diabetes reduzieren oder verhindern kann. Letzteres wird schon in die Praxis umgesetzt und stellt einen Meilenstein in der post-Transplantbetreuung von Patienten dar. Dies ist eines der klinischen Konzepte, die sich weltweit durchzusetzen beginnen und ihren Ursprung in Österreich hatten.

Waschrumpfl
 ZEITSCHRIFT FÜR DIALYSEPATIENTEN, TRANSPLANTIERTE UND INTERESSIERTE
 AUSGABE 2 / JUNI 2015 / 23. JAHRGANG
 WWW.NIEREKTN.ORG
 Mitglied der „Arge Niere Österreich“ und der „Selbsthilfe Kärnten“

Wie Blücker, die ins Dunkel fliehen, ist dort im Abendlauf ein sacht Gefunkel - Leuchtkäfer ziehen durch die Jumnacht.
 von Max Dauhenhey

Tagesausflug nach Bad Ischl am 14. Juni
 Radausflug ins Unterland am 22. August
 Gemeinsamer Wandertag nach Diex am 27. Juni

Symposium in Schladming

Wollen bei der Behandlung von...
 Gernot Waste

...in Österreich gereicht...
 Seite 15

...für Dialyse ist regional sehr...
 Seite 17

Waschrumpfl
 Die Interessengemeinschaft der Dialysepatienten und Nierentransplantierten Kärntens unter der Leitung von Obmann Ing. Gernot Waste berichtet viermal jährlich über die aktuellen Ereignisse und Entwicklungen in Kärnten bzw. Österreich – so auch über das 9. Nephrologie Symposium in Schladming.
www.nierektn.org/waschrumpfl/



v.l.n.r.: Oliver LAMMEL, Reinhold PONGRATZ, Alexander ROSENKRANZ, Gernot WASTE, Martin SCHAFFENRATH, Hanns KRATZER

Themenblock 3:

Versorgungskonzept Niere 60/20 – aktueller politischer Status

Chair & Impulsstatement: Univ.-Prof. Dr. Alexander ROSENKRANZ, LKH-Univ. Klinikum Graz, Klinische Abteilung für Nephrologie, Med Uni Graz
 Dr. Oliver LAMMEL, Steirische Akademie für Allgemeinmedizin
 Prim. Dr. Reinhold PONGRATZ, Steirische Gebietskrankenkasse
 Mag. Martin SCHAFFENRATH, MBA, MBA, MPA, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
 Ing. Gernot WASTE, Interessengemeinschaft der Dialysepatienten und Nierentransplantierten Kärntens
 Moderation: Mag. Hanns KRATZER, PERI Consulting GmbH

Die wichtigsten Ziele des Projekts 60/20 sind die Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und von einer Leistungsreduktion der Niere auf 60 Prozent, um Maßnahmen gegen die Progression des Funktionsverlustes zu ergreifen, sowie eine frühzeitige Information von Personen mit einer Leistungsreduktion der Niere auf 20 Prozent über die Frage, welche Nierensersatztherapie für das persönliche Setting die Beste ist – unter Beachtung der medizinischen Optionen. Nach zwei Jahren der Vorbereitung wurde das Programm in der Steiermark bereits in den Landeszielsteuerungsvertrag aufgenommen, weitere Bundesländer werden folgen.

Gesundheitsreform als Chance erfolgreich genutzt

Die Gesundheitsreform in Österreich ermöglicht die Chance zur Implementierung einer strukturierten Nierenversorgung. In der Steiermark wird zum Beispiel das Screening der Risikopatienten im Landeszielsteuerungsvertrag verankert. Dazu Univ.-Prof. Dr. Alexander Rosenkranz, Leiter der klinischen Abteilung für Nephrologie am LKH-Univ. Klinikum Graz und aktuell Vorsitzender der ÖGN: „Die Albumin/Kreatininratio hat eine hohe Aussagekraft, um einerseits das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und andererseits das Risiko der Progression der chronischen Niereninsuffizienz zu erkennen. Das regelmäßige, in der Praxis einfach durchführbare Screening der Nierenparameter bei Risikopatienten wie Hypertonikern, Diabetikern, Adipositas-Betroffenen sowie familiärer Nierenerkrankung ist präventivmedizinisch von großer Bedeutung und führt zu einer früheren Diagnose. Nur zwei Risikofaktoren für chronische Nierenerkrankungen sind nicht zu ändern: das Geschlecht und das Alter.“
 Als Teil des 60/20-Konzepts wird bei einer Restfunktion von 20 Prozent eine umfassende Aufklärung über die Möglichkeiten der Nierensersatztherapie (NET) vermittelt, basierend auf einem neuen ausführlichen Aufklärungsbogen, entwickelt von der ÖGN. Des Weiteren beinhaltet das 60/20-Konzept ein klares Überweisungsschema.



v.l.n.r.: Hannes NEUWIRT, Julia KERSCHBAUM, Michael RUDNICKI

Themenblock 4:

Chronische Niereninsuffizienz

Chair: Priv.-Doz. Dr. Michael RUDNICKI, Universitätsklinik für Innere Medizin 4, Schwerpunkt Nephrologie und Hypertensiologie, Medizinische Universität Innsbruck
 Dr. Hannes NEUWIRT, Universitätsklinik für Innere Medizin 4, Schwerpunkt Nephrologie und Hypertensiologie, Medizinische Universität Innsbruck
 Dr. Julia KERSCHBAUM, Universitätsklinik für Innere Medizin 4, Schwerpunkt Nephrologie und Hypertensiologie, Medizinische Universität Innsbruck
 Priv.-Doz. Dr. Michael RUDNICKI

In westlichen Industrienationen leiden ungefähr elf bis 13 Prozent der Bevölkerung an einer chronischen Nierenerkrankung. Insbesondere Menschen mit Diabetes mellitus und mit Bluthochdruck zählen zu den Risikopatienten für eine Niereninsuffizienz. Durch die Messung bestimmter Moleküle (so genannter Biomarker) im Harn und im Blut versucht man, das individuelle Risiko für eine Nierenerkrankung möglichst früh zu definieren. Nachdem ein progredienter Verlust der Nierenfunktion auch die Funktion anderer Organe (Herz-Kreislauf, Knochen, Blutbildung etc.) negativ beeinflusst, ist die Behandlung der Patienten mit Nierenfunktionseinschränkung stets multimodal. Neben der frühen Diagnose (Harn und Blut) und der zielgerichteten Therapie (Blutdrucksenkung, Einsatz bestimmter Blutdruckmittel wie z. B. ACE-Hemmer, Lebensstilveränderung, gute Blutzuckereinstellung usw.) stellen die Begleiterkrankungen häufig eine komplexe Herausforderung dar, insbesondere weil nicht jeder Patient gleich gut auf eine bestimmte Therapie reagiert. Aus diesem Grund wurden in den letzten Jahren internationale Richtlinien zur Behandlung verschiedener Komplikationen der chronischen Niereninsuffizienz erstellt (z. B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Gefäßverkalkungen, Knochenumbau, Blutarmut, Elektrolytstörungen), die in regelmäßigen Abständen erneuert werden. Obwohl neue Therapieansätze zur Behandlung chronischer Nierenerkrankungen teilweise existieren, sind nach wie vor weitere Erkenntnisse zu den Grundlagen der Nierenerkrankungen, aber auch innovative Therapieformen dringend notwendig.



Diese Veranstaltung erfolgte mit freundlicher Unterstützung von:



Fokus: Chirurgie

„Chirurgie, quo vadis? Können Chirurgen mehr als Schneiden?“ So lautete der Titel eines Hintergrundgesprächs im Vorfeld des 56. Österreichischen Chirurgenkongresses, der von 3. bis 5. Juni dieses Jahres im Design Center Linz stattfand. Im Rahmen der prominent besetzten Diskussionsrunde stand die Beleuchtung des Berufsstandes der Chirurgen im Mittelpunkt. Das Ergebnis ist ein umfassender Überblick über die weitreichenden Qualifikationen der etwa 1700 Chirurgen in Österreich.

Von Maximilian Kunz, MAS, MBA



v.l.n.r.: Prim. Univ.-Doz. Dr. Sebastian ROKA | BÖC, Hanusch Krankenhaus, Dr. Josef PROBST | Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Dr. Brigitte Ettl | Plattform Patientensicherheit, KH Hietzing, Dr. Clemens Martin AUER | Bundesministerium für Gesundheit, Dr. Christoph DACHS | Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, Univ.-Prof. Dr. Albert TUCHMANN | ÖGC, Univ.-Prof. Dr. Udo JANßEN | Wiener Krankenanstaltenverbund, Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhold FÜGGER | ÖGC, Krankenhaus der Elisabethinen Linz

Der Chirurg als zentraler Player im heimischen Gesundheitswesen

Zu vielen Dingen hat ein Chirurg einen sehr direkten Zugang, den Angehörige anderer Fachgruppen wahrscheinlich nicht in diesem Ausmaß haben. „Das liegt daran, dass ihnen ganz einfach das Instrument der Operation fehlt. Die Entscheidung zu einer operativen Therapie kann letztlich nur der Chirurg treffen. Aus diesem Grund kommt ihm eine ganz entscheidende Rolle im Gesundheitswesen zu“, erklärt Prim. Priv.-Doz. Dr. Sebastian Roka, Präsident des Berufsverbandes der Österreichischen Chirurgen. Auch der Generalsekretär der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie, Univ.-Prof. Dr. Albert Tuchmann, weiß um die besondere Stellung der Chirurgie Bescheid: „Chirurgen haben die Wissenschaft als Basis, müssen aber auch handwerklich firm sein. Sie entscheiden letztlich, ob überhaupt operiert werden kann bzw. soll, ob es alter-

„Die Entscheidung zu einer operativen Therapie kann letztlich nur der Chirurg treffen.“

native Behandlungsmethoden gibt und zu welchem Zeitpunkt ein möglicher Eingriff durchgeführt werden soll. Ein Chirurg behandelt keine Befunde, sondern immer den Menschen in seiner Gesamtheit. Deshalb muss man auch die Frage, ob Chirurgen mehr können als Schneiden, ganz klar mit Ja beantworten. Es ist sehr wichtig, dass wir alle nötigen Voraussetzungen schaffen, damit Frauen und Männer den Beruf der Chirurgin bzw. des Chirurgen in gleicher Weise ergreifen können. Hier lautet das Stichwort Vereinbarkeit von Beruf und Familie.“

Dass mehr als das Schneiden und Großartiges für ihre Patienten zu leisten zu den Fähigkeiten der Chirurgen gehört, ist auch Dr. Clemens Martin Auer, Sektionschef im Gesundheitsministerium, klar: „Wir bemühen uns sehr, die ohnehin schon hohe Qualität im Bereich der heimischen Chirurgie laufend zu steigern. So kommen im Rahmen von

Peer-Review-Verfahren erfahrene und geschulte Ärzte von extern in die Abteilungen und bewerten anhand von definierten Analyse Kriterien einzelne Fälle. In der anschließenden Diskussion werden gemeinsam Verbesserungsmaßnahmen festgelegt.“ Dr. Christoph Dachs, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, betont, dass die gute Vernetzung zwischen Allgemeinmedizinern und Chirurgen essenziell sei: „In der Regel sind wir die Ersten, die eine Verdachtsdiagnose stellen – und wir übernehmen die Patienten nach der Operation auch wieder. Hier bedarf es strukturierter Übergabemodalitäten. Im Sinne des Patienten ist also eine intensive Zusammenarbeit zwischen Chirurgen und niedergelassenen Ärzten ganz entscheidend.“

Aus dem Blickpunkt der Patientensicherheit ergänzt Dr. Brigitte Ettl, Ärztliche Direktorin des Krankenhauses Hietzing und Präsidentin der Plattform Patientensicherheit, dass es ausgesprochen bedeutsam sei, auch bezüglich der Operationsfallzahlen

Transparenz zu schaffen. Dabei gehe es darum darzustellen, wie viele Eingriffe es in den einzelnen Bereichen in den jeweiligen Abteilungen gibt. „Was ich zudem betonen möchte: Die Allgemeinchirurgen haben – mit Unterstützung ihrer Fachgesellschaft – als eine der ersten Berufsgruppen in Österreich anstandslos die OP-Checkliste von der Plattform Patientensicherheit übernommen. Extrem wichtig ist die strukturierte Übergabe vom Spital in den niedergelassenen Bereich und natürlich auch umgekehrt. Hier müssen alle Möglichkeiten eines elektronischen Übergangs genutzt werden. Oft fehlen wesentliche Informationen in den Arztbriefen aus dem Krankenhaus, etwa darüber, welche Belastungen für einen Patienten nach einer Herzoperation erlaubt sind. Das ist aber entscheidend für den niedergelassenen Arzt – und auch für die Patientensicherheit. Hier können wir gemeinsam und ohne großen Aufwand das System verbessern“, so Ettl.

Univ.-Prof. Dr. Udo Janßen, Generaldirektor des Wiener Krankenanstaltenver-

bundes, hält viel von der Korrelation von Quantität und Qualität: „Das bedeutet für uns als KAV, Cluster zu bilden, wo Eingriffe häufig durchgeführt werden. Das hat im Umkehrschluss aber auch zur Folge, dass andere Einrichtungen schließen müssen, wenn nicht die erforderlichen qualitativen und quantitativen Daten vorliegen. Und ich glaube, dass wir in Zukunft die Managementaufgaben von den chirurgischen Tätigkeiten trennen müssen, um die Ärzte von administrativen Aufgaben zu befreien.“

Österreichweite Richtlinie zur präoperativen Diagnose

Für Dr. Josef Probst als Generaldirektor im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ist naturgemäß die Gesundheitsreform von besonderer Bedeutung. Die Ausgangslage umschreibt er mit vier Punkten: der Liebe der Österreicherinnen und Österreicher zum System, dem vielen Geld – etwa elf Prozent des BIP –, welches hier investiert wird, der hohen Lebenserwartung bei vergleichsweise wenigen gesunden Jahren und der – aktuell noch schwierigen – Durchsetzung einer wirkungsorientierten Steuerung des österreichischen Gesundheitssystems. „Seitens des Hauptverbandes wünsche ich mir, dass endlich österreichweit die Richtlinie zur präoperativen Diagnose umgesetzt wird. Das bedeutet, dass vor einer Operation wirklich nur die durch diese Richtlinie definierten Untersuchungen gemacht werden – und das standardisiert und im ganzen Land einheitlich. Mit dieser Richtlinie wurde ein Standard entwickelt, der im Interesse aller Patientinnen und Patienten Österreichs ist. Derzeit wird immer noch da und dort eine Reihe sinnloser Untersuchungen vor chirurgischen



Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhold FÜGGER | Präsident der ÖGC, Krankenhaus der Elisabethinen Linz

Eingriffen verlangt. Darüber hinaus wäre es mir wichtig, dass österreichweit von allen Chirurgen und Internisten die Qualitätsstandards im Bereich der Darmspiegelung umgesetzt werden. Zudem benötigen wir landesweite, transparente Wartelisten für planbare Eingriffe“, unterstreicht Probst. „Im Sinne der Qualitätskontrolle

beschäftigt sich die Chirurgie mit kritisch besetzten Themen – so etwa jenem der chirurgischen Infektionen. Das war auch Kernthema des 56. Österreichischen Chirurgenkongresses von 3. bis 5. Juni in Linz“, ergänzt der Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC), Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhold Függer.

56. Österreichischer Chirurgenkongress
Der 56. Österreichische Chirurgenkongress unter Kongresspräsident Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhold Függer, umfasste mehr als 300 fachspezifische Vorträge und stand in diesem Jahr ganz im Zeichen der chirurgischen Infektionen. Diesen Schwerpunkt hat Präsident Függer nicht ohne Grund gewählt: „Die Behandlung chirurgischer Infektionen ist ein Thema, das auf Kongressen in den letzten Jahren eher im Hintergrund gestanden ist. Wegen des entscheidenden Einflusses auf den Behandlungserfolg und die große Bedeutung für die Patienten stehen chirurgische Infektionen jedoch im Zentrum des medizinischen Interesses“, so Függer. ■

Ausblick:

Der 57. Österreichische Chirurgenkongress wird übrigens von **25. bis 27. Mai 2016** im Kongress Salzburg unter dem designierten Nachfolger von Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhold Függer als Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie, Univ.-Prof. Dr. Dietmar Öfner-Velano, stattfinden.



„Chirurgen können mehr als Schneiden“

Kongress. Die heimische Chirurgie hat Spitzenniveau – Qualitätssicherung wird weiter ausgebaut



„Chirurgie, quo vadis? Können Chirurgen mehr als Schneiden?“ Das war das Thema eines Round Table mit Experten anlässlich des Österreichischen Chirurgenkongresses, der ab heute, Mittwoch, in Linz stattfindet. Der KURIER fasste die Statements zusammen.

Univ.-Prof. Dr. Reinhold Függer (Präsident der ÖGC, Gesellschaft für Chirurgie) Chirurgische Infektionen – eine unterschätzte Gefahr – das ist heuer das Hauptthema unseres Kongresses. Chirurgen haben ja mit zwei verschiedenen Arten von Infektionen zu tun. Zum einen müssen wir Infektionen – z.B. Blinddarm- oder Gallenblasenentzündungen, Abszesse – kompetent behandeln. Und es gibt die Infektionen, die nach Operationen als Komplikation auftreten. Die Gefahr, die von Infektionen ausgeht, ist auch heute keineswegs gebannt und aktueller denn je. Hier gibt es nur wenige Studien und Daten. Beim Kongress wollen wir Bewusstsein dafür schaffen.

Prim. Dr. Univ.-Prof. Albert Tsuchman (Generalsekretär der ÖGC, Gesellschaft für Chirurgie) Chirurgen haben einerseits die Wissenschaft als Basis – müssen aber auch handwerklich fit sein. Sie müssen entscheiden, ob überhaupt operiert werden soll, ob es Alternativen gibt und zu welchem Zeitpunkt der Eingriff durchgeführt wird. Das hängt sehr von der individuellen Situation des Patienten ab, von seinem Alter, seinen Beschwerden, seinem Allgemeinzustand. Ein Chirurg behandelt keine Befunde, sondern immer den Menschen in seiner Gesamtheit. Deshalb muss man auch die hier aufgeworfene Frage ganz klar mit Ja beantworten: Chirurgen können viel mehr als nur Schneiden.



Top-Leistungen: Gallenblasen- und Leistbruchoperationen sind die häufigsten Eingriffe in der Allgemein- und Viszeralchirurgie

Wichtig ist, dass wir alle Voraussetzungen schaffen, das Frauen und Männer in gleicher Weise einen chirurgischen Beruf ergreifen können – Stichwort Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Es steigt aber auch in unserem Fach der Frauenanteil.

Prim. Priv.-Doz. Dr. Sebastian Roka (Präsident des Berufsverbandes der Öster. Chirurgen) Der Chirurg ist ein ganz zentraler Player im Gesundheitswesen. Er hat zu vielen Dingen einen sehr direkten Zugang, den wahrscheinlich andere Ärzte ganz entscheidend.

Generaldirektor Dr. Josef Probst (Hauptverband der Öster. Sozialversicherungsträger) Seitens des Hauptverbandes wünsche ich mir, dass endlich österreichweit die Richtlinie zur präoperativen Diagnose umgesetzt wird – was wirklich nur die

durch diese Richtlinie definierten Untersuchungen vor einer Operation gemacht werden – und das standardisiert österreichweit einheitlich. Es soll sich hier nicht jedes Haus eine eigene Liste zurechtlegen. In der Richtlinie wurde ein Standard im Interesse aller Patienten Österreichs entwickelt. Derzeit wird immer noch da und dort eine Reihe von sinnlosen Untersuchungen vor Operationen verlangt. Was mir als zweiter Punkt wichtig ist: Das österreichweit von allen Chirurgen und Internisten die Qualitätsstandards für die Koloskopie (Darmspiegelung) umgesetzt werden. Und der dritte Punkt: Wir benötigen österreichweit transparente Wartelisten für planbare Eingriffe.

Roka: Gerade im Bereich der Allgemein- und Viszeralchirurgie sind die Wartezeiten mit in der Regel ein bis zwei Monaten überschaubar. Hier gibt es andere Fächer mit deutlich längeren Wartezeiten.

Dr. Brigitte Ertl (Ärztliche Direktorin des Krankenhauses Haring und Präsidentin der Plattform Patientensicherheit) Seitens der Patientensicherheit halte ich es für sehr wichtig, dass es auch Transparenz bezüglich der Operationsfallzahlen gibt – wie viele Eingriffe es in den einzelnen Bereichen gibt. Was ich wirklich bekommen möchte: Die Allgemeinchi-

Dr. Clemens Martin Auer (Sekretariat im Gesundheitsministerium) Ich möchte betonen, dass Chirurgen und Chirurgen wesentlich mehr können als Schneiden – sie leisten Großartiges für ihre Patientinnen und Patienten. Und wir bemühen uns, diese Qualität weiter zu steigern. Im Rahmen von Peer-Review-Verfahren kommen externe, erfahrene und geschulte Ärzte in die Abteilungen und bewerten anhand von definierten Analysekrustern einzelne Fälle. In der anschließenden Diskussion werden gemeinsam Verbesserungsmaßnahmen festgelegt. Bei einem Scheitlergebnis zum Beispiel sollte die Verweildauer im Spital vor der OP nicht länger als zwei Tage sein. In Kliniken, wo dieser Wert häufig deutlich überschritten wurde, konnte dies durch Maßnahmen, die beim Peer Review empfohlen wurden, deutlich reduziert werden. Irgendwann wird man diese Zahlen auch öffentlich machen. Der Chirurg ist weit mehr als ein „Bauchaufschneider“, auch wenn er manchmal dazu degradiert wird. Wichtig ist, dass Patienten Vertrauen zum operierenden Arzt aufbauen. Mir würde es nicht schaden, den Chirurgen mit kurz vor der Narkose zu sehen.

Univ.-Prof. Dr. Udo Janßen (Generalsekretär Wiener Krankenanstaltenverbände) Ich halte sehr viel davon, dass Qualität mit Quantität korreliert. Das bedeutet für uns als Krankenhausesleiter, Cluster zu bilden, wo Eingriffe häufig durchgeführt werden. Dies heißt im Umkehrschluss aber auch, dass andere Einrichtungen schließen müssen, wenn nicht die erforderlichen qualitativen und quantitativen Daten vorliegen. Und ich glaube, dass wir in Zukunft die Managementaufgaben von den chirurgischen Tätigkeiten trennen müssen, um die Ärzte von administrativen Aufgaben zu befreien.

Info: Fachgesellschaft, Verband, Kongress
Die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC) ist als berufliche Vertretung im ständigen Kontakt mit öffentlichen und privaten Institutionen im Bereich der Chirurgie und die Vernetzung der Spezialgebiete untereinander. Damit kommt auch der chirurgischen Fort- und Weiterbildung eine wichtige Rolle zu.
www.chirurgie-ges.at
Kongress
Der 57. Österreichische Chirurgenkongress findet vom 25. bis 27. Mai 2016 in Salzburg statt.
www.chirurgenkongress.at

„Mehr als ein Bauchaufschneider“

Interview. Warum Chirurgen oft musikalisch sind und weshalb sie wissen sollten, ob der Anästhesist ein Haustier hat

von ELISABETH GERSTENDORFER
Chirurgen gelten als „skulpturkünstler“, die von einer Operation zur nächsten eilen. Ein Bild, das man zurechtrücken muss, sagt Sebastian Roka, seit Kurzem Primar der Chirurgie am Hantisch Krankenhaus und Präsident des Berufsverbandes der österreichischen Chirurgen. Was die rund 1000 Allgemein- und Viszeralchirurgen in Österreich auszeichnet, wie nah Ärzten an der Realität sind und wie Patienten davon profitieren, wenn Chirurgen und Anästhesisten sich auch privat gut verstehen, erklärt er im KURIER-Interview.

KURIER: Wie sieht ihr Alltag aus – überspitzt gesagt: Geht es von einem Bauch zum nächsten?
Sebastian Roka: Viele Ärzte werden in diesen Eindrücken begleitet von Patienten zu zeigen, wo die Qualität im guten Durchschnitt liegt, wo sie besser ist und wo schlechter. Auch die Arbeit in der Ambulanz, interdisziplinäre Besprechungen zu Patienten und die Behandlung in Akutsituationen gehören dazu. Der Chirurg ist weit mehr als ein „Bauchaufschneider“, auch wenn er manchmal dazu degradiert wird. Wichtig ist, dass Patienten Vertrauen zum operierenden Arzt aufbauen. Mir würde es nicht schaden, den Chirurgen mit kurz vor der Narkose zu sehen.

Wie bereiten Sie sich auf eine Operation vor?
Man darf sich das nicht so vorstellen, wie es in manchen Serien dargestellt wird. Es geht nicht nur darum z. B. einen Tumor aus dem Körper des Patienten zu entfernen, sondern auch darum lebenswichtige anatomische Strukturen zu erhalten. Am Tag vor der Operation muss man sich auf die Operation vorbereiten. Das heißt, man muss lernen, mit dieser Aufgabe umzugehen.



Viele Patienten haben Angst vor operativen Eingriffen. Vertrauen zum behandelnden Chirurgen kann dabei helfen, sagt Sebastian Roka

Sind Sie vor oder beim Operieren nervös?
Bei wirklichen Akutsituationen, wenn es um das Leben eines Patienten geht, ist man immer angespannt. Da muss man Ruhe bewahren, evas indem man sich selbst sagt, es ist gut, eine kurze Pause einzulegen und ein paar Sekunden zu überlegen, was man als nächstes genau machen will, um die richtigen Entscheidungen zu treffen. Man muss lernen, mit dieser Aufgabe umzugehen.

Stimmt es, dass viele Chirurgen in OP-Saal Musik hören?
Während einer Operation sollte ein gutes Gesprächsklima herrschen und nicht „fünf Grad kälter“ werden, wenn die Sicherheit der Patienten. Ich höre oft Musik bei Eingriffen, weil es für alle Beteiligten

eine angenehme Atmosphäre schafft. Ich kann mich bei, auch wenn ich nicht selbst operiere. Das ist für mich beruhigend. Unter Angehörigen betrifft automatisch Vertrauen, wenn es um medizinische Behandlungen geht.

Wie nehmen Sie Patienten die Angst vor Operationen?
Man muss unterscheiden, wovor Patienten Angst haben. Viele fürchten, dass sie nach einem Eingriff nicht mehr aufwachen. Die Narkose ist heute ein extrem sicheres Verfahren. Komplikationen aufgrund der Narkose sind ein ganz, ganz seltenes Ereignis. Andere haben Angst davor, die Kontrolle abzugeben. Bei häufigen Eingriffen, etwa Blinddarm-Entfernungen, gibt es so selten Komplikationen, dass man sich keine Sorgen zu machen braucht. Mit der Schwierigkeit der Operation steigt jedoch das Komplikationsrisiko. Dies muss zwischen Patient und Chirurg genau besprochen werden. Nur so kann man Vertrauen aufbauen.

Kommt es doch zu Komplikationen, braucht es dann kreative Lösungswege?
Die Momente, wo Kreativität gefragt ist, haben mich immer fasziniert. Das ist vor allem in der Akutschirurgie der Fall, wo oft nicht alles nach Schema F geht und man einen Weg finden muss, der in diesem Moment der richtige ist. Wichtig ist eine gute Vorstellungsweise. Chirurgen planen operative Eingriffe anhand zweidimensionaler Bilder. Ein gutes räumliches Vorstellungsvermögen ist sehr hilfreich. Viele mögliche Schwierigkeiten können so vorhergesehen werden. Mir gefällt aber auch das Dreidimensionale, was nicht ganz klar ist, was hinter den Symptomen und Beschwerden eines Patienten steckt und man nachforschen muss, was die Ursache sein könnte.



Round-Table-Runde: S. Roka (Chirurgen-Berufsverband), J. Probst (Hauptverband), B. Ertl (Plattform Patientensicherheit), C. M. Auer (Gesundheitsministerium), Ch. Dachs (Gesell. für Allgemeinmedizin), A. Tsuchman (Gesell. für Chirurgie), U. Janßen (KAV), R. Függer (Gesell. für Chirurgie), v.l.n.r.

KURIER ABO

ERLESENER GENUSS

DAS HAB' ICH VOM KURIER

Testen Sie den KURIER 2 Wochen gratis...

Und wählen Sie dazu ein Geschenk für Weingebeier

Lesen Sie jetzt den KURIER 2 Wochen gratis und überzeugen Sie sich von der Informationsfülle und Leservielfalt. Sie erhalten ein praktisches Geschenk für Weingebeier dazu. Bestellen Sie jetzt online. Bestellen Sie den KURIER 2 Wochen gratis und wählen Sie ein Geschenk für Weingebeier.

Pharma Marketing: Einblick in die Aktivitäten einer Fachbranche

Am 7. Mai 2015 feierte der Pharma Marketing Club Austria (PMCA) sein 20-jähriges Bestehen mit dem „Big PMCA Day“. Im Rahmen des Events präsentierte das Netzwerk des Wissens sechs Top-Speaker rund um das Thema Teamwork und kürte anschließend die Gewinner des Goldenen Skalpells. Doch was genau macht Pharma Marketing eigentlich so besonders?

Von Maximilian Kunz, MAS, MBA, und Mag. (FH) Martina Dick

Der Pharma Marketing Club Austria (PMCA) versteht sich seit seiner Gründung 1995 als „Netzwerk des Wissens“ für Player am österreichischen Pharmamarkt. Dazu zählen knapp 500 Mitglieder aus Pharmafirmen, Verlagen und Dienstleistungsunternehmen. Durch Kommunikationsförderung, Knowhow Transfer und das Aufzeigen neuer Entwicklungen setzt er neue Impulse und fördert dadurch aktiv die Vielfalt des Marketing-Managements im Gesundheitswesen. Auf diese Weise ist es dem PMCA in den vergangenen Jahren gelungen, eine wichtige Rolle innerhalb der österreichischen Gesundheitsindustrie einzunehmen.

Einblick in die Hintergründe und die Entwicklung der Branche gewährten die Gründungsmitglieder Thomas Zembacher, Vizepräsident des PMCA, und Erich Bergmann, Geschäftsführer der Kommunikationsagentur Denken hilft!, der auch als Mitglied des Arbeitsschwerpunkts Werbung und Kommunikation im PMCA fungiert: „Mit der Idee des PMCA wird das Ziel verfolgt, alle Marktteilnehmer im Rahmen einer Interessengemeinschaft unter einem Dach zusammenzubringen. Zielsetzung dabei ist immer das Knüpfen relevanter Kontakte und der gegenseitige Erfahrungsaustausch. 1995 waren die Aktivitäten der Dienstleister hinsichtlich Veranstaltungen zwar vielseitig, jedoch stets egozentrisch ausgerichtet. Der

PMCA sieht sich – damals wie heute – als Gegenpol und bringt alle Interessengruppen im Pharma-Marketing an einen Tisch“, so Bergmann. Als einen wichtigen Meilenstein im Pharma-Marketing sieht Thomas Zembacher den Trend zum Medical Marketing: „Nicht nur kreative Ansätze bestimmen die Kampagnen, sondern verstärkt wissenschaftliche Inhalte. Die Verlagerung der Produkteinführungen vom Allgemeinmediziner-Markt hin zum Spezialisten brachte einen Paradigmenwechsel im Pharma-Marketing. Heute steht das Wissen um die Zielgruppe und damit eine viel direktere, fokussierte Ansprache der Ärzte im Vordergrund. Multi-Channel ist das Gebot der Stunde, wobei wir noch ein Stück von wirklich integrierten Closed-Loop-Kampagnen entfernt sind.“

„Nicht nur kreative Ansätze bestimmen die Kampagnen, sondern verstärkt wissenschaftliche Inhalte.“

Einig sind sich beide darin, dass in Zukunft zwei Dinge zählen: Neugier und Informationen am Punkt.

Bergmann: „Überall hinschauen, reinlesen und Gedankenimpulse für die tägliche Arbeit aufnehmen, diese für die Gegebenheiten des Pharma-Marketings adaptieren und so neue Impulse setzen! Nur wer neue und frische Ideen ins Marketing einbringt, wird vorne mit dabei sein.“ Thomas Zembacher sieht die Zukunft folgendermaßen: „Ein gutes Produkt ist einmal ein guter Anfang. Nein, im Ernst, heutzutage braucht man fundierte Daten, genaue Kenntnis von

Zielgruppe und Interesse sowie den Mut, den gesetzlichen Rahmen mit kreativen Lösungen auszureizen. Die Ärzteschaft will die Information dann, wenn sie sie gerade braucht, und dort, wo sie gerade ist. Moderne, gut abgestimmte Cross-Channel-Kampagnen haben genau das zum Ziel und sind daher das Mittel der Wahl.“

Die aktuelle Präsidentin des PMCA, Elisabeth Marschall (A. Menarini Pharma), betrachtet die Zukunft des Pharma-Marketings so: „Mir ist es wichtig, Marketing als integrierten Funktionsbereich im Unternehmen zu sehen. Speziell in Zeiten, in denen für erfolgreiches Marketing weit mehr als kreative Visualisierungen notwendig sind. Dieses Verständnis zu haben oder zu entwickeln ist aus meiner Sicht ein Muss, um bereichsübergreifend gute Konzepte zu entwickeln und erfolgreich zusammenzuarbeiten. Genau diesen Mehrwert wollen wir unseren Mitgliedern bieten: eine aktive Community, in der Menschen aus verschiedensten Gesundheitsbereichen gemeinsam Know-how generieren können. Das ist auch für Branchenneulinge wichtig. In der Themenwahl unserer Impulsveranstaltungen sind wir bemüht, den Nerv der Zeit und die Bedürfnisse unserer Mitglieder zu treffen. So soll sich der nächste PMCA-Tag ganz dem digitalen Zeitalter widmen.“

Fokus: digitale Kommunikation

Kreativität allein ist heute nicht mehr genug – die Reglements sind straffer geworden, die Pipelines der Unternehmen mitunter nicht

mehr so gut gefüllt, Markteintritte werden schwieriger. Die Maxime lautet also, den Lebenszyklus eines Produkts optimal zu gestalten. „Digital ist heute in aller Munde, wird aber lange noch nicht so breit genutzt und von Ärzten angenommen, wie man annehmen möchte. Derzeit gibt es noch große Unterschiede, sowohl im Fach- als auch im niedergelassenen und Spitalsbereich“, erläutert Marschall. An die Pharma-Marketiers werden höhere Anforderungen gestellt: gutes Kundenbeziehungsmanagement, interdisziplinäres Arbeiten und immer ein kreativer Blick über den Tellerrand, stets im Einklang mit Reglements, Kodizes und Richtlinien. „Der klassische Außendienst hat aus meiner Sicht und speziell im Primary-Care-Bereich nicht ‚ausgedient‘, es sind aber neue Tools und Kommunikationskanäle dazugekommen, die man je nach Indikation, Zielgruppe und (finanziellen) Ressourcen auswählen und geschickt kombinieren muss. Es gilt, wie ein Jongleur mehrere Bälle gleichzeitig in der Luft zu halten“, so Elisabeth Marschall abschließend.

Big PMCA Day

Auf 20 Jahre PMCA stieß man am 7. Mai im Rahmen des Big PMCA Day mit dem 19. Pharma Marketing Tag, in den prunkvollen Wiener Sofiensälen an. In diesem Rahmen wurde die Gelegenheit geboten, sich mit hochkarätigen Speakern zum Thema „Mythos Teamwork“ auszutauschen. Der Fokus lag dabei nicht nur auf der Innovationskraft heterogener Teams und den



Dr. Harald KATZMAIR – FAS Research, Mag. (FH) Elisabeth MARSCHALL und Mag. Dominik FLENER – PMCA



Yasmine CORDES – Ketchum Publico, Dr. Saskia WALLNER – Ketchum Pleon



Mag. Dominik FLENER – PMCA, MMag. Michael SCHUSTER – Speedinvest, Arnim WAHLS – Firstbird



Mag. Michaela VOLLMANN – abz austria, Mag. (FH) Elisabeth MARSCHALL – PMCA



Thomas ZEMBACHER und Erich BERGMANN, Gründungsmitglieder des PMCA



PMCA Vorstand 2015



Mag. (FH) Elisabeth MARSCHALL, Präsidentin des PMCA



Ein Blick auf den Wiener Sofiensäle



Die Gewinner: Goldenes Skalpell 2015

positiven Effekten von Heterogenität und Individualität in Teams, sondern auch im Setzen von Impulsen zur Förderung von Potenzial und Performance in Teams. Nach der Keynote des renommierten Netzwerkanalysten Dr. Harald Katzmaier von FAS Research, der die bisherige und künftige Entwicklung von Netzwerken in den Vordergrund rückte und die Erfolgsparameter für ein funktionierendes Netzwerk beleuchtete, folgten weitere Impulse: MMag. Michael Schuster von SpeedInvest hielt einen Vortrag über die Bedeutung von Vielfalt in Teams, deren unterschiedliche Arbeits- und Herangehensweisen und „richtige“ Zusammenstellung. Im Mittelpunkt des Impulsreferats von Armin Wahls, Geschäftsführer der Firma Firstbird, stand der Teameffekt im Recruiting und bei Empfehlungen sowie die Erfolgsfaktoren für die Zusammenarbeit, Motivation und Incentivierung. Unter dem Titel „Shared Leadership“ gab Mag. Michaela Vollmann, abz* austria, eine Zusammenfassung der ausschlaggebenden Parameter für erfolgreiches Teamwork, Tandem-Systeme, Abstimmung und die tägliche Kommunikation. Über die Kreativität im Team sprachen Dr. Saskia Wallner (Ketchum Pleon) und Yasmine Cordes (Ketchum Publico). Der Impuls zu Sinn und Zweck sowie zu den Einsatzbereichen von Kreativität und Kreativmethoden beschäftigte sich auch mit der Frage nach dem Raum für Kreativität. ■

Best of Pharma Advertising: Die Gala. Die Sujets. Die Gewinner.

Österreichs kreativste Werbeprojekte im Health-Care-Markt wurden am Abend im Rahmen der Verleihung des Goldenen Skalpells ausgezeichnet. Schon im Vorfeld hat die Jury im Zuge der Nominierungen ein überdurchschnittliches Niveau konstatiert. Der Preis ist die mit Abstand wichtigste Auszeichnung im Marketing der Branche. Organisator Thomas Zembacher freute sich dabei über die ungewöhnlich hohe Anzahl an Kreativarbeiten: „Das Ergebnis von 2014 konnten wir mit 82 Einreichungen von 20 nationalen und internationalen Agenturen noch übertreffen.“ Über ein Goldenes Skalpell freuen konnten sich heuer:

ANZEIGE RX
EUSA Pharma GmbH und swot Werbeagentur GmbH
Sulmycin® Implant Schwamm

ANZEIGE OTC
Lenus Pharma GesmbH und DENKEN HILFT! Agentur für durchdachte Kommunikation GmbH
Profertil®

ANZEIGE NON RX/NON OTC
MedMedia Verlag & Mediaservice GmbH und DENKEN HILFT! Agentur für durchdachte Kommunikation GmbH
Gyn-Aktiv

DIGITALE MEDIEN RX
Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co KG / swot Werbeagentur GmbH
Trajenta / Jentaducto – Information über ipad

DIGITALE MEDIEN NON RX/NON OTC
Sanofi-aventis GmbH
MyMedico App

MAILING RX
Astellas Pharma Ges.m.b.H. und spreitzerdrei Werbeagentur GmbH
Deflamat D.R.S. Mailing

MULTICHANNEL RX
Sanofi-aventis GmbH
Sanofi Diabetes Online Service

MULTICHANNEL OTC
Boehringer Ingelheim und Grey Düsseldorf (internationale Lead-Agentur)
BoxaGrippal

MULTICHANNEL NON RX/NON OTC
VFI – Verein zur Förderung des Impfbewusstseins und Serro GmbH
FSME

Die Jury-Mitglieder 2015

- Mag. Roman Baminger (AstraZeneca)
- Jörg Fessler (Fessler Werbeagentur)
- Micaela Husny (SANOVA)
- Robert Judtmann (Unique Werbeagentur)
- Gundula Karl (Die Schöpfung)
- Mag. (FH) Elisabeth Marschall (PMCA)
- Manuela Matyk (Novartis)
- Dr. Markus Rachinger (swot Werbeagentur)
- DDI Katrin Radakovits (BMS)
- Dr. Robin Rumler (Pharmig)
- Mag. Sabine Sturm (Sandoz)



Fehlen dem medizinischen Nachwuchs Visionen und Entfaltungsmöglichkeiten?

Als Student freute sich der aktuelle Direktor der Universitätsklinik für Herzchirurgie an der MedUni Innsbruck, Univ.-Prof. Dr. Michael Grimm, über ein hohes Maß an Entfaltungsmöglichkeiten, beschäftigte sich mit Visionen und verlor niemals den Glauben an die Zukunft. Doch wie steht es heute um unseren Nachwuchs? PERISKOP sprach mit ihm über die Probleme mit der Arbeitszeit, die Gesundheitsreform und die Herausforderungen der Zukunft.

Von Maximilian Kunz, MAS, MBA



UNIV.-PROF. DR. MICHAEL GRIMM
Direktor der Universitätsklinik für Herzchirurgie
an der MedUni Innsbruck

P: Wie verlief Ihr Weg ins Gesundheitssystem?

Grimm: Mit der Ausbildung zu meinem Traumberuf als Herzchirurg begann ich bereits 1984 als Medizinstudent im Forschungslabor der II. Chir. Universitätsklinik bei Prof. Ernst Wolner. Schon als Student wurde mir dort das Wichtigste für meine Motivation gegeben: Entfaltungsmöglichkeiten, Visionen und der unerschütterliche Glaube an die Zukunft. So war es keine Frage – als ich 1989 aufgrund meiner langjährigen und unbezahlten wissenschaftlichen Arbeit im Labor die Möglichkeit dazu bekam – meine Ausbildung auch in dieser führenden Institution zu beginnen. In dieser Generation waren wir alle höchst angespornt von den scheinbar unbegrenzten klinischen und akademischen Möglichkeiten, welche uns damals noch geboten wurden. Dies motivierte uns bis zum Äußersten im Wis-

sen, durch unbändigen Fleiß und maximalen Einsatz alles in unserem Beruf erreichen zu können. Die große Zahl an Führungskräften, welche aus dieser Generation im AKH entstanden ist, rechtfertigt im Nachhinein auch unseren damaligen Enthusiasmus. Und genau das vermisse ich heute ein wenig bei der Nachwuchsgeneration. Die traurigen wirtschaftlichen Realitäten an den österreichischen Universitäten mit unzureichenden Fördertöpfen und knappen Budgets bedrohen unsere universitäre, wissenschaftliche Zukunft. Damit sehen viele junge österreichische Akademiker auch keine Visionen mehr und glauben nicht an eine prosperierende

Zukunft in und vor allem für unser schönes Land. Die Folge ist ein unaufhaltsamer Brain-Drain ins Ausland; so haben z. B. im letzten Jahr 85 Prozent aller Absolventen der Medizinischen Universität Innsbruck

(bei einem gesetzlichen maximalen Ausländeranteil von 20 Prozent) ihre ärztliche Ausbildung im Ausland begonnen. An den anderen Medizinuniversitäten sind vergleichbare Trends zu sehen. Ob sie jemals wieder heimkommen, bezweifle ich im Moment. Aber wer soll uns und unsere Kinder in Zukunft dann noch behandeln?

P: Wie beurteilen Sie den aktuellen Status der Gesundheitsreform?

Grimm: Für mich steht das Gesundheitssystem in unabdingbarer Relation zur Wirtschaftskraft eines Landes. Der Ausdruck Gesundheitsreform begleitet mich schon mein ganzes Berufsleben. Es wird scheinbar immer davon gesprochen und laufend werden Lippenbekenntnisse abgegeben. Natürlich hat sich vieles zum Positiven verändert, über die Jahre spüren wir aber primär eine relative, zunehmende Verknappung der Ressourcen im Gesundheitssystem. Ich bin überzeugt, dass es sehr bald zu einer mutigen, richtigen Reform kommen wird, zu

der uns die wirtschaftliche Situation letztlich zwingt. Besser sie kommt vorausschauend früh und beherzt als dann, wenn wir bereits mit dem Rücken zur Wand stehen, was schmerzhaft für alle wäre. Den Ansatz sehe ich zum einen im Dreieck Bundes- und Landeskompetenz sowie den vielen Sozialversicherungen, zum anderen in einem festgefahrenen Verrechnungssystem für Spitalleistungen, das ein leistungs- und qualitätsorientiertes Wirtschaften der Spitalträger in Zukunft noch mehr erschweren wird. In Deutschland ist Medizin ein Geschäft – mit all seinen Nachteilen. In Österreich eine Sozialleistung. Die Wahrheit liegt wohl in der Mitte.

P: Schon seit 2003 gibt es eine EU-Arbeitszeitrichtlinie, nach der die Wochenarbeitszeit 48 Stunden nicht überschreiten darf. Warum ist Österreich hier ins Hintertreffen geraten?

Grimm: Das ist vielen ein echtes, typisch österreichisches Rätsel. Alle wussten, dass es kommt, wollten es aber eigentlich lieber

doch nicht wissen. Das zuständige Ministerium wollte wahrscheinlich einem Konflikt herden aus dem Weg gehen und hatte sicherlich andere Schlachten zu schlagen, hat dann aber in einem unvorbereiteten Schnellschuss ein Gesetz, wahrscheinlich aus Angst vor EU-Strafen, durchgeboxt. Auch die Länder wussten es, haben aber im Sinn der gerade mal aktuellen Bilanzen zunächst abgewartet. Auch bei der Ärzteschaft wollte sich niemand einen so dramatischen Einschnitt in eingesessene Traditionen vorstellen. Doch seit Anfang des Jahres bleibt kein Stein auf dem anderen ...

P: Im Zuge des nun geltenden Arbeitszeitgesetzes warnen Experten zunehmend vor den negativen Folgen – insbesondere für Krebspatienten. Wie sehen Sie die Lage?

Grimm: Mit dem Gesetz kommen grundsätzlich Probleme auf alle österreichischen

Spitalspatienten zu – nicht nur im Bereich der Onkologie. Wenn Leistungen durch weniger Arbeitszeit nicht dramatisch spürbar reduziert werden sollen, brauchen wir jetzt dringend haltbare Lösungen und keine Personalverschiebungen in einem Excel-File der Personalbewirtschaftung. Ein notwendiges Hochfahren der Ärztezahlen – primär zur Aufrechterhaltung der Nachtdienststräder – ist nur bedingt sinnvoll und wegen der Abwanderungstendenzen der jungen Ärzte auch zunehmend problematisch. Im Moment sind wir auch nicht in der Lage, durch attraktive Gehälter Kollegen aus dem Ausland zu gewinnen – wie es etwa in Deutschland üblich ist. Viele Ärzte sind bereit, wie bisher mehr als 48 Stunden zu arbeiten, nur müssen die Rahmenbedingungen an die neuen Zeiten angepasst werden – sprich adäquate Entlohnung der Basis- und Mehrarbeitszeit,

flexiblere Arbeitszeitmodelle, Umschichtung von Nacht- auf Tagdienstbelastung. Dazu bedarf es struktureller Nachbesserungen. So sollte z. B. der Nachtdienst nicht zur Aufarbeitung des Tagesprogramms verwendet werden müssen, weil es untertags an Ressourcen mangelt. In anderen EU-Staaten funktioniert das doch auch! In den operativen Fächern würde das bedeuten, dass – auch zur Aufrechterhaltung der Nachtdienststräder unter Einhaltung des Arbeitsruhegesetzes – eine unkalkulierbare Stellenvermehrung notwendig wird. Das hat aber in Zukunft vor allem für jüngere Kollegen einen bemerkenswerten Verlust an operativer Erfahrung und Qualität des einzelnen Operateurs zur Folge.

P: Wo sehen Sie die größten Herausforderungen der Zukunft?

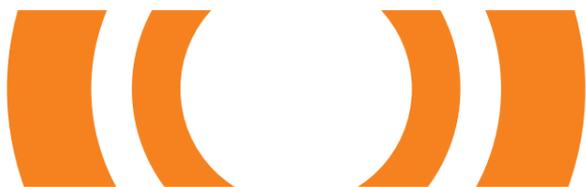
Grimm: Darin, Österreich wieder zu einem attraktiven Standort für Medizin zu machen. Die jungen Kollegen brauchen Perspektiven und eine berufliche Zukunft in unserem Land. Das beginnt schon bei den Universitäten, die ja drohen, in ihrer wissenschaftlichen Leistung den Anschluss zu verlieren. Das setzt sich in abnehmender Attraktivität der Ausbildungsstellen fort und führt letztlich zu einem bei vielen Kollegen weit verbreiteten Verlust an Freude an der Arbeit. In dieser komplexen Situation braucht es eine klare politische Vorgabe, wo es hingehen soll. Dazu einen breitgefächerten und positiven Diskurs aller Beteiligten. All das sollte immer von der positiven Vision „Österreich als Zukunftsstandort“ geleitet werden. Und gerade in positiv geführter, zukunftsorientierter Diskussionskultur sehe ich unsere größten Schwächen und damit auch unsere größte Herausforderung an die Gesundheitspolitik in Österreich.

P: Was kann der Oberste Sanitätsrat (OSR) zur Verbesserung der Situation beitragen?

Grimm: Ich denke, dass sich die Rolle des OSR – als fachliches Beratungsgremium der Ministerin – gerade in einem starken Wandel befindet. Die neuen Herausforderungen stellen höchste und sehr komplexe Ansprüche an die Gesundheitspolitik. Probleme und Lösungsmöglichkeiten im Spektrum von breiter Prävention bis hin zur akademischen Spitzenmedizin können nur im Licht der neuen Gegebenheiten diskutiert, fachlich bewertet und politisch umgesetzt werden. Hier ist die Gesundheitspolitik zunehmend auf die fachliche Kompetenz des OSR angewiesen. ■

BioBox:

Univ.-Prof. Dr. Michael Grimm wurde 1962 in Kärnten geboren. Nach dem Studium der Medizin an der Universität Wien absolvierte er im AKH die Facharztausbildung für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie. Neben seiner klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit im AKH schloss er eine Zusatzausbildung zum akademisch geprüften Krankenhausmanager an der WU Wien ab. Darüber hinaus publizierte er zahlreiche wissenschaftliche Beiträge und erhielt eine Reihe an wissenschaftlichen Auszeichnungen, darunter den Theodor-Billroth-Preis der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (1994). Er ist Direktor der Klinik für Herzchirurgie an der Medizinischen Universität Innsbruck, LKH Innsbruck, sowie Mitglied zahlreicher nationaler und internationaler Fachgesellschaften und des Senats der MUW. Seit 2014 ist er Mitglied des OSR. Er lebt in Innsbruck und hat eine Tochter.



www.symptomsuche.at – eine wertvolle Unterstützung für Kinder- und Jugendärzte bei Seltenen Erkrankungen

In Österreich leiden bis zu 400.000 Personen an einer Seltenen Erkrankung. Kinder und Jugendliche trifft eine solche Diagnose besonders hart. Belastend ist aber nicht nur die Erkrankung an sich, sondern vor allem auch der lange Weg bis zur Diagnose einer Seltenen Erkrankung. Dieser Weg ist gekennzeichnet durch Unsicherheit und Ratlosigkeit – und das nicht selten über mehrere Jahre hinweg. Die Datenbank www.symptomsuche.at, die der Verein AM Plus – Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit – ins Leben gerufen hat, soll auch Pädiater dabei unterstützen, diesen Irrweg zu verkürzen.

Meist haben Betroffene nicht klar zuordenbare Symptome und durchlaufen einen anstrengenden Weg durch das Gesundheitssystem. Patienten werden dabei von Arzt zu Arzt verwiesen, in der Hoffnung, dass eine korrekte Diagnose in diesem oder jenem Fachgebiet liegt. Die Zeit, die verstreicht, bis die korrekte Diagnose einer Seltenen Erkrankung gestellt ist, bedeutet natürlich auch eine weitere Gefahr: dass eine medizinische Behandlung und Therapie erst sehr viel später beginnen kann.

Für Kinder- und Jugendfachärzte kommt zu den großen Herausforderungen, die Seltene Erkrankungen für Mediziner an sich schon darstellen, noch eine weitere hinzu: Gerade bei unklaren Symptomen und einer sich schwierig gestaltenden Suche nach einer Verdachtsdiagnose ist die Kommunikation zwischen Patient, Eltern und Arzt, die Beschreibung und Erklärung der Symptome, besonders wichtig. Und gerade bei Kindern gestaltet sich eine differenzierte und präzise Beschreibung der Symptome sowie die Vermittlung von wichtigen Informationen miteinander besonders schwer. Um hier den Ärzten helfen zu können, kommen Unterstützungs-Tools wie die Datenbank www.symptomsuche.at genau richtig.

Das Ziel der Datenbank www.symptomsuche.at ist folgendes: Behandelbare Seltene Erkrankungen sollen frühestmöglich diagnostiziert und therapiert werden, und den Betroffenen soll ein Irrweg durch das Gesundheitssystem erspart werden. Ein Ziel, das aus meiner Sicht auf jeden Fall unterstützt werden muss!

Die Suche funktioniert mittels einer einfachen Eingabe der Symptome in eine Suchmaske. Mögliche Seltene Erkrankungen werden dann angezeigt und im Detail beschrieben: Neben Definition, Symptomen, Begleiterkrankungen und Risikogruppen werden auch die für diese Erkrankung spezialisierten Institutionen aufgelistet, an die der Betroffene im Fall eines Verdachtes zur näheren Abklärung überwiesen werden kann.

Die Benutzung ist unkompliziert und benutzerfreundlich. Zudem wird die Datenbank laufend erweitert, somit lohnt sich das periodische Besuchen der Seite allein schon durch den Wissensgewinn, der sich dort anbietet. An dieser Stelle kann ich AM Plus zu dieser Datenbank und der Initiierung nur herzlich gratulieren und hoffe, dass die Entwicklung weiter geht und dieses Werkzeug bald zu einem fixen Bestandteil bei der Diagnosesuche wird!

Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhold KERBL

Vizepräsident der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ)

Bei Fragen steht Ihnen das Team von AM PLUS jederzeit unter office@amplusgesundheit.at oder 01/908 11 46-49 zur Verfügung.



65. Wiener Ärzteball

Ein Fixstern in der heimischen Ballsaison

Zum 65. Mal bot der traditionelle Wiener Ärzteball am Samstag, den 31. Jänner, den Wiener Ärztinnen und Ärzten in der Hofburg den gewohnt prunkvollen Rahmen. Auch die nationale und internationale Prominenz aus Politik, Industrie, Wirtschaft und Kultur weiß diesen zunehmend zu schätzen. Dementsprechend lang war die Liste der Ehrengäste: Neben Bundesministerin Sabine Oberhauser und Bundesminister Andr  Rupprechter hatten sich sowohl Mitglieder des Nationalrats sowie des Wiener Landtags und Spitzenvertreter aus Forschung, Lehre, Sozialversicherungen und befreundeten Kammern angemeldet. Auch der Präsident der Ungarischen  rztokammer, Istv n  ger, und der Präsident der Kroatischen Zahn rztokammer, Hrvoje Pezo, mischten sich unter die Ballg ste. Wie in den vergangenen Jahren waren bereits im Vorfeld sämtliche Tische in den großzügigen Balls len ausverkauft. Kurzentschlossene mussten sich mit wenigen Restkarten und -plätzen begnügen.

Von Maximilian Kunz, MAS, MB

Mit seinen knapp 4000 Besuchern zählt der Wiener  rzteball seit Jahren zu den Fixsternen unter den Wiener Traditionsb llen. Eine Darbietung von „La notte italiana“, die nächtliche Publikumsquadrille im Festsaal, zu der es um 1.30 Uhr eine eigene Probe im Radetzky-Appartement II gegeben hatte, sowie das monatlich im In-Club Passage stattfindende „Med Clubbing“, das diesmal kurzerhand in den Gartensaal der Hofburg verlegt worden war, waren die festlichen Höhepunkte.

Bereits zum dritten Mal gab es ein Casino, dessen Reinerlös in Höhe von nicht weniger als 3000 Euro dem Verein „Licht für die Welt“ gespendet wurde. „Wir freuen uns, dass wir mit dem Wiener  rzteball Menschen in schwierigen Lebenssituationen helfen können. Als wichtige Institution im Gesundheitswesen ist es auch die Verantwortung der  rztokammer, eine solche Initiative zu unterstützen. Ich danke allen Ballg sten, die sich daran beteiligt haben“, so  rztokammerpr sident Dr. Thomas Szekeres. Darüber hinaus sorgten den ganzen Abend mehr als elf Kapellen und Combos für Abwechslung auf den stark frequentierten Tanzflächen.

Der nächste Ärzteball wird am Samstag, den **30. Jänner 2016**, stattfinden. Weitere Informationen unter www.aerzteball.at. ■



Damit PR- und Werbekonzepte auch wirklich funktionieren, muss man wissen, wie PR und Werbung wirklich funktionieren. Unser Know-how, 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...

BERATUNG

Wie beHANDELT man HANDELSimmobilien?

Wenn man das Wort Handelsimmobilien hört, möchte man meinen, es handle sich dabei um Handel. Dem war auch einmal so – bis das Internet ins Spiel kam. Dieses macht es möglich, die neuesten Peep-Toes nicht nur unter der Woche bis 18 Uhr zu kaufen. Nein, es erlaubt uns, auch sonntags auf der Couch zu shoppen. Fazit: Konsum ist permanent möglich. Für all unsere lieb gewonnenen Handelskisten bedeutet das, dass die Konzentration auf den Handel nicht mehr ausreicht, um erfolgreich zu sein.

Wie muss man also Handelsimmobilien in der heutigen Zeit behandeln? Weg von der grauen Betonkiste auf der grünen Wiese hin zu einer lebendigen Bühne, auf der wir nicht vordergründig Konsumenten, sondern Menschen sind! Und Menschen brauchen Emotionen. Daher müssen wir Retailprofis alles daransetzen, dass nicht jede Maßnahme auf den ersten Blick mit dem Handel zu tun hat und letztendlich immer emotional berührt.

Was meine ich damit? Man stelle sich ein Shoppingcenter in einer verschneiten Umgebung vor. Es ist April, und der Frühling lässt auf sich warten. Wir Menschen sehnen uns nach den ersten duftenden Frühlingsblumen, blühenden Obstbäumen und dem saftigen Grün von Wiesen. Und genau diese Sehnsucht gilt es zu erfüllen. Also: Den örtlichen Gärtner anrufen, im Center echten Rasen verlegen, bunte Blumen einsetzen und Obstbäume aufstellen, Liegestühle anbieten und Picknickkörbe verlosen. Ergänzt mit Vogelgezwitscher und einer passenden Werbekampagne. Das Ergebnis: so viele Besucher wie an einem Einkaufsamstag vor Weihnachten.

Schaffen wir es, Menschen emotional zu berühren und zu verblüffen, dann kommen sie in unser Shoppingcenter. Sind sie erst einmal da, dann steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass sie hier einkaufen werden. Und das ist schließlich unsere Hauptaufgabe, wenn wir Handelsimmobilien vermarkten – nicht nur, aber vor allem im Zeitalter des Internets.

Die Moral der Geschichte? Peep-Toes verkaufen sich viel besser im Frühling. Und machen glücklich. ■

Mag. (FH) Ariane Stefan
Senior-Kundenberatung Welldone

MEDIA

Ärzte und Apotheker im Web erreichen – ein Mythos?

Die Zielgruppe der Ärzte und Apotheker gilt als traditionsbewusst. Während man im Publikumsbereich bereits seit Jahren von der „Printkrise“ spricht, erfreuen sich medizinische Fachtitel ungebrochener Beliebtheit. Das Riepl'sche Gesetz, dass ein gesellschaftlich etabliertes Medium nicht vollkommen durch neue „Instrumente des Informations- und Gedankenaustauschs“ ersetzt bzw. verdrängt werden kann, gilt offensichtlich für Ärzte und Pharmazeuten ganz besonders. Umgekehrt wäre es aber verkürzt anzunehmen, dass diese nicht auch digitale Medien zur Informationsgewinnung nutzen. Fachmedien, die ihre Inhalte auch online zur Verfügung stellen, erreichen durchaus hohe Leserzahlen. Eine wichtige Rolle spielt der sogenannte „geschützte Bereich“. Studien und Fachartikel, die nur an die Ärzteschaft bzw. Apotheker gerichtet werden, können dort nur über eine entsprechende Verifizierung eingesehen werden. Für Pharmaunternehmen ein essenzieller Faktor, da verschreibungspflichtige Produkte nicht beim Endkonsumenten beworben werden dürfen. Allerdings verfügen noch nicht alle Anbieter über die notwendige Infrastruktur. In vielen Fällen sah man dazu noch keinen dringenden Handlungsbedarf. Dass vonseiten der Pharmafirmen durchaus die Bereitschaft vorhanden ist, sich mit neuen Medien auseinanderzusetzen, beweist der Trend zum „E-Detailing“, der digital gestützten Produktschulung durch den Außendienst.

Chancen in der digitalen Kommunikation

Egal, ob der klassische Banner, Advertorials oder zielgruppenspezifische Newsletter – digitale Ansprache ist immer auch mit einer Interaktionsmöglichkeit verbunden. Der User kann aktiv Produktinformationen anfordern, sich zu Fortbildungsveranstaltungen anmelden oder fachliches Feedback geben. Auch aus kreativer Sicht bietet sich ein umfangreiches Potenzial, visuell ansprechende Inhalte zu produzieren, natürlich immer unter der Voraussetzung, dass die dafür notwendigen Trägermedien vorhanden sind.

Die Agentur Welldone hat ein umfangreiches Portfolio im RX-Digitalbereich aufgebaut, um für ihre Kunden individuelle Digitallösungen anbieten zu können. Dabei bleiben wir aber stets Wolfgang Riepls Mediengesetz treu: Das Vorhandene soll ergänzt, nicht ersetzt werden ... ■

Dietmar Pichler, MA
Media-Beratung Welldone

AGENTURLEITUNG

Storyteller statt Seniorenteller

In der PERISKOP-Ausgabe 63 ging es in meinem Essential um die „Besten der Besten“ und darum, was exzellente Marketingorganisationen auszeichnet. Kurz zusammengefasst waren die Spitzenreiter unter den Organisationen besonders gut darin, ihr Wissen über Kunden zu nutzen, eine gesellschaftliche Bedeutung zu kommunizieren und dem Kunden eine umfassende Markenerfahrung zu bieten. Exzellente Unternehmen im Marketing beherrschen es jedoch auch perfekt, sowohl ihre Kunden als auch ihre Mitarbeiter zu inspirieren, denn Inspiration ist einer der stärksten Treiber für effektives Marketing. Ein weiterer Erfolgsfaktor ist die absolute Flexibilität. Marketingabteilungen müssen im Zeitalter der Digitalisierung ohne Verzögerung Projekte planen und umsetzen können.

Wenn es darum geht, Wissen über Kunden zu nutzen, ist die richtige Ansprache der Zielgruppen von besonderer Bedeutung. In der Werbung wie auch im „wirklichen“ Leben gilt: „Der Ton macht die Musik“, und die Ansprache bestimmt den Erfolg. So müssen Unternehmen ihre Zielgruppen speziell „umwerben“ – denn nur wer sich richtig angesprochen fühlt, reagiert auch. Galt lange Jahre gebetsmühlenartig nur die Zielgruppe „14 bis 49“ als oberste Maxime und relevanteste aller Zielgruppen, so ist hier in letzter Zeit ein Paradigmenwechsel eingetreten – oder vielmehr eine Erweiterung: die Generation 50plus.

Diese Zielgruppe zeichnet sich durch starke Kaufkraft, sehr hohe Mediennutzung und eine mittlerweile sehr aufgeschlossene und positive Einstellung gegenüber Werbung aus. All das bietet Unternehmen und Werbern natürlich ausgezeichnete Voraussetzungen. Um diese Startvorteile allerdings auch wirklich nutzen zu können, ist es wichtig, ein paar grundlegende Faktoren über die spezifische, richtige Kommunikation mit der Generation 50plus zu kennen. Was will die Zielgruppe hören, sehen und lesen? Wie will sie angesprochen werden? Und was gilt es tunlichst zu vermeiden? Als Basis ist ganz entscheidend: Information ist wichtiger als Unterhaltung! Und überzeichnete und unrealistische Werbung kommt ganz schlecht an. Die Werbebotschaft sollte klar, übersichtlich und strukturiert sein, unter Verwendung großer Schriften und guter Farbkontraste. TV- und HF-Spots sollten informativ und verständlich aufgebaut sein. Langsames und deutliches Sprechen, das Vermeiden von Hintergrundgeräuschen und der Verzicht auf schnelle Schnittpolgen werden von der Zielgruppe als sehr positiv bewertet.

Werden Personen der Generation 50plus in der Werbung dargestellt, sollten sie nicht isoliert gezeigt werden: integriert und jüngere beratend steht bei der Zielgruppe hoch im Kurs. Storytelling ist ein ganz wichtiger Punkt, sprich: Kleine, einfache Geschichten – mit Spannung erzählt – kommen bei der Zielgruppe sehr gut an. Was unbedingt vermieden werden sollte sind Angebote, die sich schon im Namen explizit auf diese Zielgruppe beziehen wie z.B. der obligate „Seniorenteller“ oder die „Seniorenreisen“. In der Werbung wird die Generation 50plus auch ganz direkt durch ihr werbliches Abbild angesprochen. Und genau dieses Spiegelbild entscheidet über Akzeptanz oder Ablehnung mit. Je besser Werber es schaffen, das in der Werbung gezeigte Fremdbild an das Selbstbild anzugleichen, umso erfolgreicher ist sie.

Grundsätzlich sind in der Generation 50plus die Bedingungen einer erfolgreichen Kommunikation komplexer als bei homogener zusammengesetzten Zielgruppen. Zur Generation 50plus zählen immer mehr Menschen, die unter verschiedenen Zeitumständen aufgewachsen sind und somit auch unterschiedliche Einstellungen entwickelt haben. Ein 50-Jähriger hat andere Werte und Bedürfnisse als ein 80-Jähriger. Lebensstile, Bedürfnisse und Ansprüche sind sehr unterschiedlich, doch hält man sich an entsprechende Grundregeln und setzt sich darüber hinaus im Detail mit der richtigen Ansprache auseinander, sind die Erfolgsaussichten in jedem Fall schon deutlich gesteigert.

Wenn es um die Mediennutzung der Generation 50plus geht, geht es hauptsächlich um das Stillen des Informationsbedarfs, darum, mitreden zu können und Denkanstöße zu bekommen. Ferngesehen und Radio gehört wird hauptsächlich zur Entspannung, und das bis zu vier Stunden pro Tag. Dabei steigt die TV-Nutzung mit dem Alter, wohingegen die fürs Radiohören aufgewendete Zeit mit dem Alter sukzessiv sinkt. Tageszeitungen und Internet informieren. Immerhin lesen mindestens 79 Prozent der Menschen in der Zielgruppe mindestens eine Tageszeitung pro Tag. Der Medienkonsum übertrifft, abgesehen vom „Entspannen zu Hause“, alle anderen Freizeitbeschäftigungen der Zielgruppe. Geht es um die Out-of-Home-Werbung, kann mit Autobuswerbung gepunktet werden, gefolgt vom klassischen Plakat.

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

Mag. (FH) Birgit Bernhard
Agenturleitung Welldone

Information ist wichtiger als Unterhaltung.

Bei Alkoholkonsum liegt Österreich weltweit im Spitzenfeld

Wir Österreicher liegen gerne vorn. Wir sind stolz darauf, dass Wien zur „lebenswertesten Stadt“ in der Mercer Studie erkoren worden ist, dass das Steirer Eck gerade unter die 50 weltweit besten Restaurants gewählt worden ist, es herrschte nationale Euphorie nach Conchita's Eurovisions Sieg und es ist ein Feiertag, wenn unsere Ski-Asse Medaillen abräumen. Aber wenn es um weniger rühmliche Spitzenpositionen geht herrscht vornehmes Schweigen: Etwa beim Alkoholkonsum – da liegen die Österreicher laut der aktuellen OECD-Gesundheitsstudie „Tackling harmful alcohol use“ im internationalen Vergleich im Spitzenfeld. Während die Studie in Nachbarländern für Diskussionsstoff sorgte, im EU Parlament lauthals schnelles Handeln gefordert wurde, ist die Publikation von heimischer Politik, Gesundheitseinrichtungen und den Medien nicht einmal ignoriert worden.

2012 lag der Verbrauch pro Kopf in der Alpenrepublik bei 12,2 Liter reinem Alkohol pro Jahr, während der OECD-Durchschnitt 9,1 Liter betrug. Diese Menge hat sich in Österreich in den vergangenen zehn Jahren somit um mehr als einen Liter erhöht, was dazu führte, dass wir in Bezug auf Alkoholkonsum nunmehr auf dem unrühmlichen zweiten Platz hinter Estland unter 34 OECD Mitgliedsstaaten(!), und noch weit vor Frankreich und Irland im Spitzenfeld liegen.

Fünf Prozent der Österreicher alkoholkrank, Behandlungsbedarf bei mehr als 1,2 Millionen

Gemäß den aktuellen epidemiologischen Berechnungen sind fünf Prozent der österreichischen Bevölkerung über 15 Jahren alkoholabhängig und 12 Prozent (akut) gefährdet. Männer haben ein doppelt so hohes Risiko wie Frauen. Die Anzahl der Alkoholkranken steigt in Österreich jährlich um etwa 7.000 Männer und 2.500 Frauen. Der erwachsene Österreicher trinkt derzeit durchschnittlich eine Halbe Bier, oder drei Achtel Wein bzw. drei Schnäpse pro Tag. 1995 war es pro Tag noch ein Drittel weniger. Auch hier weisen Männer, mit durchschnittlich zwei Flaschen Bier, einen weitaus höheren Wert auf als Frauen mit 0,3 Liter pro Tag. Laut OECD Studie konsumiert in Österreich jeder vierte Mann und jede zehnte Frau tägliche eine Alkoholmenge, die ein erhebliches Gesundheitsrisiko darstellt. Die Gefährdungsgrenze für Frauen liegt bei etwa bei zwei, bei Männern bei etwa drei Flaschen Bier pro Tag. Regelmäßiger Konsum in dieser Höhe ist definitiv problematisch.

Der Alkoholeinstieg beginnt immer früher. Besonders in Österreich. Wenn noch vor 20 Jahren der erste Alkoholkonsum im Schnitt im 15. Lebensjahr passierte, liegt er heute schon zwischen 11. und 12. Lebensjahr. 80 Prozent der jungen Österreicher haben schon mit 15 Jahren Alkoholerfahrung. Auch damit liegt Österreich im internationalen Vergleich im gefährlichen Spitzenfeld.

Kosten von Alkoholkrankheit sind beträchtlich

Neben dem persönlichen Leid der Betroffenen und ihrem direkten Umfeld sind auch die gesundheitlichen und volkswirtschaftlichen Folgen der Alkoholkrankheit in Österreich beträchtlich. Laut einer aktuellen Studie des Instituts für Höhere Studien (IHS) verursachte der krankhafte Alkoholmissbrauch im Jahr 2011 direkte medizinische Kosten von rund 374 Millionen Euro. Die indirekten Kosten für Pflegegeld, Frühpensionierungen, Produktivitätsausfall etc. belaufen sich auf fast 500 Millionen Euro. Selbst wenn man die Alkoholsteuer mit 120 Millionen als Einnahme für die Finanz mit berücksichtigt, ergibt sich ein volkswirtschaftliches Netto-Minus von 754 Millionen Euro. Aber Alkohol verursacht nicht nur volkswirtschaftlich relevante Gesundheitskosten. Gewalt in Familie und Gesellschaft, Ausfall

der Arbeitsleistung, Sachbeschädigung, unzählige Verletzte und Tote im Straßenverkehr und beim Sport verursachen tiefes Leid und hohe wirtschaftlichen Kosten.

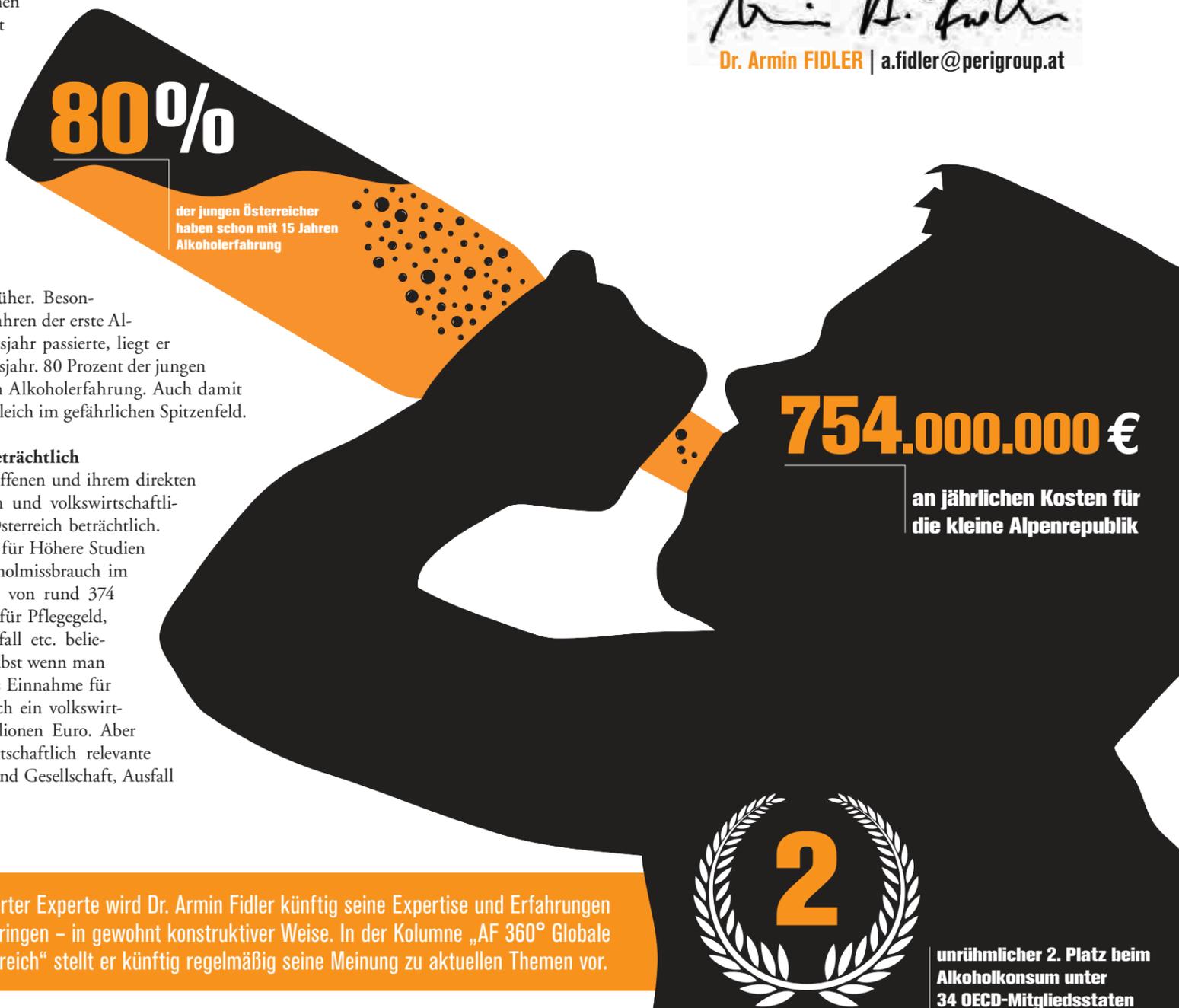
Heimische Politik gefordert

Konkrete Maßnahmen gegen Alkoholmissbrauch könnten tausende Leben retten und hunderte Millionen Euro sparen. Ein Projekt, finanziert durch die EU-Kommission, hat vorgeschlagen, sogenannte Alkolock-Geräte für Wiederholungstäter in Autos zu installieren. Diese verhindern, dass betrunkene Autobesitzer ihr Fahrzeug starten können. Die WHO will den Alkoholkonsum weltweit um 10 Prozent senken und geht davon aus, dass der Kampf gegen Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit nur mit vielen einzelnen Maßnahmen zum Erfolg führen könne. Steuererhöhungen und Mindestpreise auf Alkoholika reduzieren jugendlichen Alkoholkonsum, gepaart mit Einschränkungen bei Werbung und Verkauf von Alkohol an Jugendliche unter 18. So ein Maßnahmen Paket (Steuererhöhung um 10 Prozent, strengeres Regulativ bei Verkauf und Werbung sowie härtere und effektivere Strafen für Alkohol am Steuer) würde tausende Menschenleben retten und hunderte Millionen Euro für die Volkswirtschaft sparen. Angesichts unseres unrühmlichen internationalen Spitzenplatzes beim Alkoholkonsum bei gleichzeitig vielen Beispielen von funktionierenden Politiken in Nachbarländern, wäre ein Weckruf für unsere Politiker und Entscheidungsträger angebracht.

Ein letztes Wort: Gute Public Health Policy darf nicht mit Puritanismus gleichgesetzt werden – internationale Beispiele zeigen, dass Lebensfreude und verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol durchaus vereinbar sind.

Ich freue mich auf Ihre Kommentare!


Dr. Armin FIDLER | a.fidler@perigroup.at



80%

der jungen Österreicher haben schon mit 15 Jahren Alkoholerfahrung

754.000.000 €

an jährlichen Kosten für die kleine Alpenrepublik

2

unrühmlicher 2. Platz beim Alkoholkonsum unter 34 OECD-Mitgliedsstaaten