

periskop

Nr. 65
Okt. 2015

HINTERGRÜNDE. INTERVIEWS. INFORMATIONEN.

Ein Rundblick durch die Bereiche Gesundheit, Gesellschaft und Politik.

▶
**»Prävention statt Repression –
Reformen für eine positive Zukunft«**
Interview mit Dr. Wolfgang Brandstetter,
Bundesminister für Justiz

**DIABETES IM GRIFF – FORTSCHRITTLICHE WEGE
IN DER BETREUUNG CHRONISCH KRANKER
DURCH AKTIVE THERAPIE**
Wegbereiter des Programms im Gespräch

**BIG DATA ODER DER MENSCH IM ZENTRUM,
DAS IST KEINE FRAGE!**
Kolumne von Prof. Dr. Reinhard Riedl

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

im vergangenen Jahr hat die PERI Group im Vorfeld der Alpbacher Gesundheitsgespräche erstmals die „Gipfelgespräche auf der Schafalm“ veranstaltet. Das Konzept der Hintergrund- und Expertengespräche im Gesundheitswesen war ein voller Erfolg und wurde im heurigen Jahr nicht nur wiederholt, sondern hinsichtlich Umfang und Ausgestaltung weiter ausgebaut. Dass dieses Projekt überhaupt realisiert werden konnte, ist vor allem der großzügigen Unterstützung und dem Engagement der Hausherrin der Schafalm, Karin Duftner, zu verdanken. Lesen Sie im Blattinneren mehr über die heurigen Gipfelgespräche, die von 21. bis 25. August in Alpbach stattfanden und unterschiedliche Herausforderungen aus dem Gesundheitssystem aufgriffen.

In Alpbach haben wir auch Prim. Dr. Ludwig Neuner getroffen, der seit acht Jahren gemeinsam mit Dr. Andreas Egger vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) das LKF-Projektteam des BMG leitet, und ihn über das seit 1997 angewandte System der Leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung (LKF) befragt. Außerdem hat Priv.-Doz. Dr. Pamela Rendi-Wagner, Sektionschefin im BMG, mit uns über die Alpbacher Gesundheitsgespräche resümiert.

Mit Justizminister Dr. Wolfgang Brandstetter sprachen wir über die großen Meilensteine seiner bisherigen Amtszeit und

haben dabei u. a. die Legalisierung von Cannabis, die Rolle der Österreichischen Patientenadvokatur sowie die angekündigte Reform im Straf- und Maßnahmenvollzug thematisiert.

„Gesundheit 2020 – der Patient im Mittelpunkt“ war der Titel einer Veranstaltung im Juni in der Wirtschaftskammer Österreich, die sich ganz dem Thema der bestmöglichen Qualität im Gesundheitswesen verschrieb und bei der Vertreter von Wirtschaftskammer, Arbeiterkammer und Pflege- und Patientenadvokatur darüber diskutierten, wie man die Qualität im heimischen Gesundheitssystem für alle Teilnehmer verbessern kann.

Unterzuckerung (Hypoglykämie) war Thema eines Gipfelgesprächs im September, bei dem namhafte Experten beleuchteten, welche Gefahren mit der Erkrankung Diabetes einhergehen. Dabei wurden unter anderem das Disease-Management-Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ sowie der Einfluss der Erkrankung auf die Arbeitswelt behandelt. Zudem berichten wir über ein Expertengespräch, das Anfang Juli in Graz stattfand und die Auswirkungen und Folgen der rheumatoiden Arthritis für Patient und System zum Inhalt hatte. Darüber hinaus können Sie etwas über den 9. Europäischen Medizinrechtstag lesen, der am 12. Juni im Festsaal des Bundesministeriums für Gesundheit abgehalten wurde und im Zeichen der europäischen Integration im Gesundheitswesen stand. Dabei gewährten zahlreiche Experten

spannende Einblicke in die Materie und lieferten Anstoß zu weiterer Diskussion.

In unserer letzten Ausgabe haben wir über die Pöndorfer Country Charity Challenge 2015 berichtet, die am 7. August in Pöndorf über die Bühne ging und bei der knapp 80.000 Euro zugunsten wohltätiger Organisationen lukriert werden konnten. Lesen Sie jetzt, welche Ziele die unterstützten Vereine mit diesen Mitteln verfolgen und was bereits bewirkt werden konnte.

In unseren Kolumnen geht es diesmal um barrierefreie Kommunikation für Gehörlose in Österreich (Plattform Patientensicherheit), Schnittstellenverbesserung zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten (Am Plus/Seltene Erkrankungen) und das neue Curriculum Medizinstudium, die Ausbildungsreform Ärzte sowie das Arbeitszeitgesetz (Österreichische Gesellschaft für Chirurgie).

Natürlich darf in dieser Ausgabe auch ein Rückblick auf den Attergauer Kultursommer, der von 10. Juli bis 14. August vor der Kulisse des wunderschönen Attersees stattfand, nicht fehlen.

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

PERI Business Development

Die Arzneimitteltherapie bei Kindern und jungen Erwachsenen stellt die Medizin täglich vor große Herausforderungen. Auf Basis von Konsensempfehlungen und praktischer Erfahrung müssen Medikamente oftmals zulassungsüberschreitend verordnet werden. Losgelöst von Fertigarzneimitteln wird die Magistrale Rezeptur – insbesondere in Österreich – häufig als personalisierte Therapiealternative verordnet. Qualitätsgesicherte Herstellungsverfahren für Magistrale Zubereitungen unterstützen bei Behandlungspfaden und berücksichtigen vor allem die besonderen Bedürfnisse dieser sensiblen Patientengruppe.

PERI Change

Mit der Gründung des Instituts für Pflegewissenschaft im Jahr 2005 – es feiert heuer sein zehnjähriges Bestehen – wurde ein wichtiges Zeichen an der Universität Wien und ein Meilenstein in der Entwicklung der Pflegewissenschaften in Österreich gesetzt. Im Rahmen des Symposiums am 10. September wurde ein Bogen vom Beginn und von der Entwicklung bis hin zu künftigen Herausforderungen und Chancen der Pflegewissenschaft gespannt. Dabei boten Experten auch Einblicke in die Aktivitäten des Instituts im Bereich Forschung und Lehre.

PERI Consulting

Mehr denn je sind im Gesundheitsbereich „Smart Investments“ gefordert: Wie und wo sollte heute investiert werden, um tatsächlich den größten Nutzen für ein nachhaltig stabiles und effizientes Gesundheitssystem zu stiften? Es genügt nicht mehr, sich ausschließlich mit den tagesaktuell drängenden Problemen zu beschäftigen. Vielmehr eröffnen der Blick über die österreichischen Grenzen, die Nutzung vorhandener Expertise aus dem In- und Ausland und die offene Diskussion neue Ansatzpunkte für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung.

PERI Human Relations

Bildung und Gesundheit korrelieren miteinander. Fellows sind eine Gruppe besonders engagierter Jungler, die an Schulen mit schwierigem Hintergrund unterrichten. Der Schulgipfel auf der Schafalm bot Vertretern der Bildungsoffensive „Teach For Austria“ die Möglichkeit, sich mit Vertretern des Hauptverbands, des Bundesministeriums für Bildung und Frauen, des Jugendamts sowie zahlreichen Psychologen auszutauschen. Psychische Gesundheit, darüber herrschte Einigkeit unter den Diskutanten, ist die Basis für erfolgreiches Lernen.

PERI Marketing & Sales

In der onkologischen Versorgung gilt Österreich als Vorzeigeland. Dieses aktuell hohe Qualitätsniveau zu Gunsten der Betroffenen weiterzuentwickeln ist Herausforderung der Gegenwart und Zukunft zugleich. Auf Initiative von Roche Austria wurde das Zukunftsforum Onkologie ins Leben gerufen, um einen uneingeschränkten und interdisziplinären Zugang zum Thema zu initiieren, was auf medizinisch-ethischer, ökonomischer und struktureller Ebene geschah. Die drei zentralen Elemente vor diesem Hintergrund: Der Patient soll im Mittelpunkt stehen, die Ressourcenallokation laufend optimiert und die Forschung stetig weiterentwickelt werden.

WELLDONE Werbung und PR

Content-Marketing ist das Zauberwort, das in der Customer-Journey den ausschlaggebenden Wendepunkt bringen soll. Laute, am Produkt orientierte Botschaften sind out. Alles dreht sich um den Konsumenten und die Customer-Experience. Der „Connected Consumer“ erwartet Angebote, die ihm Mehrwerte bieten, Lösungen für seine Probleme und darüber hinaus noch Erlebnisse auslösen. Positive Markenerfahrungen an jedem Touchpoint sind ein Muss. Doch was bedeutet das zum Beispiel für die klassische Werbung? Ist sie tatsächlich tot? Mehr dazu gibt es in den Welldone ESSENTIALS.



Seite 7: »Gipfelgespräche auf der alten Schafalm in Alpbach«

Berichte zu den heurigen Gesprächs- und Diskussionsrunden der PERI Group in Alpbach



Seite 38: »LKF, quid agis?«

Interview mit Prim. Dr. Ludwig Neuner, Co-Leiter des Ärzteteams im LKF-Projektteam des BMG



Seite 34: »Burden of rheumatoide Arthritis«

Bericht über ein Regionalgespräch zu Auswirkungen und Folgen für Patient und System

inhalt

Editorial.....	2
Impressum.....	3
Coverstory-Interview mit Dr. Wolfgang Brandstetter.....	4
Kolumne Prof. Dr. Reinhard Riedl, FH Bern: Big Data oder der Mensch im Zentrum.....	6

Gipfelgespräche auf der Schafalm – ALPBACH 2015 Special

PERI Group Open Alm.....	7	
Schulgipfel: Psychische Gesundheit als Basis für erfolgreiches Lernen.....	8	
Earwell®: Werkzeug, Heilbehelf und Innovation.....	10	DMP Therapie Aktiv: Diabetes im Griff..... 30
Zukunftsforum Onkologie: 6 Chancen für eine patientenorientierte Krebsversorgung.....	12	Kolumne Plattform Patientensicherheit..... 32
Harm Reduction: Status Quo in Österreich.....	14	Gesundheit 2020 – Der Patient im Mittelpunkt..... 33
Niere – Renaissance eines vergessenen Organs.....	16	Partnerverwaltung für sicheren Datenaustausch: Interview mit Mag. Martin Schaffenrath..... 34
Patientenbericht Hypercholesterinämie.....	18	Burden of rheumatoide Arthritis..... 35
Impfen – quo vadis?.....	20	Nachbericht: Attergauer Kultursommer 2015..... 36
180: Drei Jubiläen, ein Empfang.....	24	Aus dieser Asymmetrie müssen wir raus: Interview mit Priv.-Doz. Dr. Pamela Rendi-Wagner, BMG..... 37
PGCC: Wir helfen Helfen!.....	22	LKF, quid agis? Interview mit Prim. Dr. Ludwig Neuner, LKF-Projektteam, BMG..... 38
Österreichs Kinder und Jugendliche – Generation Bewegungsmuffel?.....	26	Kolumne Am Plus..... 39
Am Puls des Geschehens: Vorstandsklausur des WWK in Alpbach.....	27	Europäischer Medizinrechtstag: Status quo und Weg zu weiterer Entwicklung..... 40
Hypoglykämie: Unterzucker kann verhindert werden.....	28	Mit spitzer Feder: Kolumne der ÖGC..... 41
		Welldone Essentials: Werbung, PR und Media..... 43

IMPRESSUM:
Verleger und Eigentümer: PERI Consulting GmbH, Herausgeber: Mag. Hanns Kratzer, Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien; Redaktionsanschrift: Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien, Tel. 01/402 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, alleinvertretungsrechtig. Anteilseigner: Gesellschafter: Mag. Hanns Kratzer, Anteil: 25,00%; Firma BJK & R Privatstiftung, Anteil: 75,00%. Redaktionsleitung: Robert Riedl (PERI Group); Autoren: Birgit Bernhard, Patrick Hauptmann, Martina Hofer, Maximilian Kunz, Kurt Moser, Elisabeth Rapp, Reinhard Riedl; Art-Direktion: Dieter Lebsich; Grafik: Alexander Cadler, Sonja Huber, Lisa Lehensteiner, Florian Thür; Fotos:

APA/Pichler (57), Bösendorfer (4), Dachs (1), Fotospeed (1), Gesierich (1), Hardl (11), Hufnagl (3), IStock (2), Jamnig (2), Pflügl (1), Radner (2), Riedl (1), Rothwangl (1), Schiffl (27); Lektorat: Uschi Sorz, Gudrun Likar; Druck: Paul Gerin GmbH & Co KG; Auflage: 4.000; Erscheinungsweise: viermal jährlich; Einzelpreis: Euro 18,00. Die Zeitschrift und alle darin enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Namentlich gekennzeichnete Artikel

geben die Meinung des Autors und nicht der Redaktion wieder. Die in den Beiträgen verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen treten der besseren Lesbarkeit halber nur in einer Form auf, sind aber natürlich gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen. Blattlinie: Informationen aus dem Gesundheits-, Pharma- und Wellnessbereich sowie aus der Gesundheitspolitik.



»Prävention statt Repression« – Reformen für eine positive Zukunft

Seit 2013 ist Dr. Wolfgang Brandstetter Bundesminister für Justiz. Im Laufe seiner Amtszeit konnten bereits zahlreiche Reformen umgesetzt werden. Im PERISKOP-Interview berichtet Bundesminister Brandstetter über weitere Vorhaben für die Zukunft.

PERISKOP: Sie sind bald zwei Jahre Justizminister. Wenn Sie zurückblicken, was waren die großen Meilensteine?

Brandstetter: Seit meinem Amtsbeginn haben wir bereits über 20 Gesetzesvorhaben erfolgreich umgesetzt, da waren auch Meilensteine dabei. Ein wesentlicher war die vor Kurzem beschlossene Reform des Strafgesetzbuches, die mit Jänner 2016 in Kraft tritt. Im Rahmen dieser haben wir über 200 Tatbestände überarbeitet und Delikte wie „Cybermobbing“ oder „Verletzung der sexuellen Selbstbestimmung“ neu unter Strafe gestellt. Die gesamte Reform hatte zum Ziel, den höchstpersönlichen Lebensbereich der Menschen noch stärker in den Vordergrund zu stellen und eine ausgewogene Balance der Strafrahen zwischen Vermögensdelikten und Delikten gegen Leib und Leben zu schaffen. Denn Menschen legen heute zu Recht mehr Wert auf körperliche und auch sexuelle Integrität. Aber auch im Zivilrecht haben wir mit der Überarbeitung des 200 Jahre alten Erbrechts und der Urheberrechts-Novelle große Reformen auf Schiene gebracht. Beim

Erbrecht haben wir das Pflichtteilsrecht im Sinne der Familien und der Familienbetriebe überarbeitet, um kleinen und mittelständischen Unternehmen die Betriebsübergabe zu erleichtern. Zugleich werden Pflegeleistungen künftig bereits im Verlassenschaftsverfahren berücksichtigt. Es ging uns hier vor allem darum, in dieser ohnehin bereits schwierigen Situation Rechtssicherheit zu schaffen und die private Pflege entsprechend zu berücksichtigen, denn jeder weiß, wie viel Zeit und Kraft die Pflege von Angehörigen in Anspruch nimmt.

P: Sie haben eben die Novelle des Strafgesetzbuches angesprochen. In diesem Zusammenhang wird auch die Legalisierung von Cannabis immer wieder thematisiert. Sie sprechen sich dafür aus, kleine Mengen von Cannabis straffrei zu stellen. Welche Fortschritte sind in dieser Hinsicht bereits erfolgt?

Brandstetter: Soviel gleich vorweg: Bei der Reform des Suchtmittelgesetzes geht es nicht darum, Cannabis grundsätzlich

straffrei zu stellen. Vielmehr wollen wir den Grundsatz „Therapie statt Strafe“ für Drogensüchtige noch stärker in den Vordergrund rücken. Konkret meine ich damit, dass Personen, die Kleinstmengen von Drogen für den Eigengebrauch besitzen, künftig nicht automatisch strafrechtlich verfolgt werden sollen – vorausgesetzt, sie kooperieren mit den Gesundheitsbehörden. Es kommt hier aber zu keiner Entkriminalisierung. Ganz im Gegenteil: Wir kommen damit dem internationalen Trend nach, die Ressourcen auf schwerwiegenderen Suchtgiftdelikte zu konzentrieren. Ich will also nicht Cannabis grundsätzlich straffrei stellen. Vielmehr geht es mir darum, vermehrt auf Therapie als auf Strafe zu setzen und die Verwaltungsabläufe zu vereinfachen.

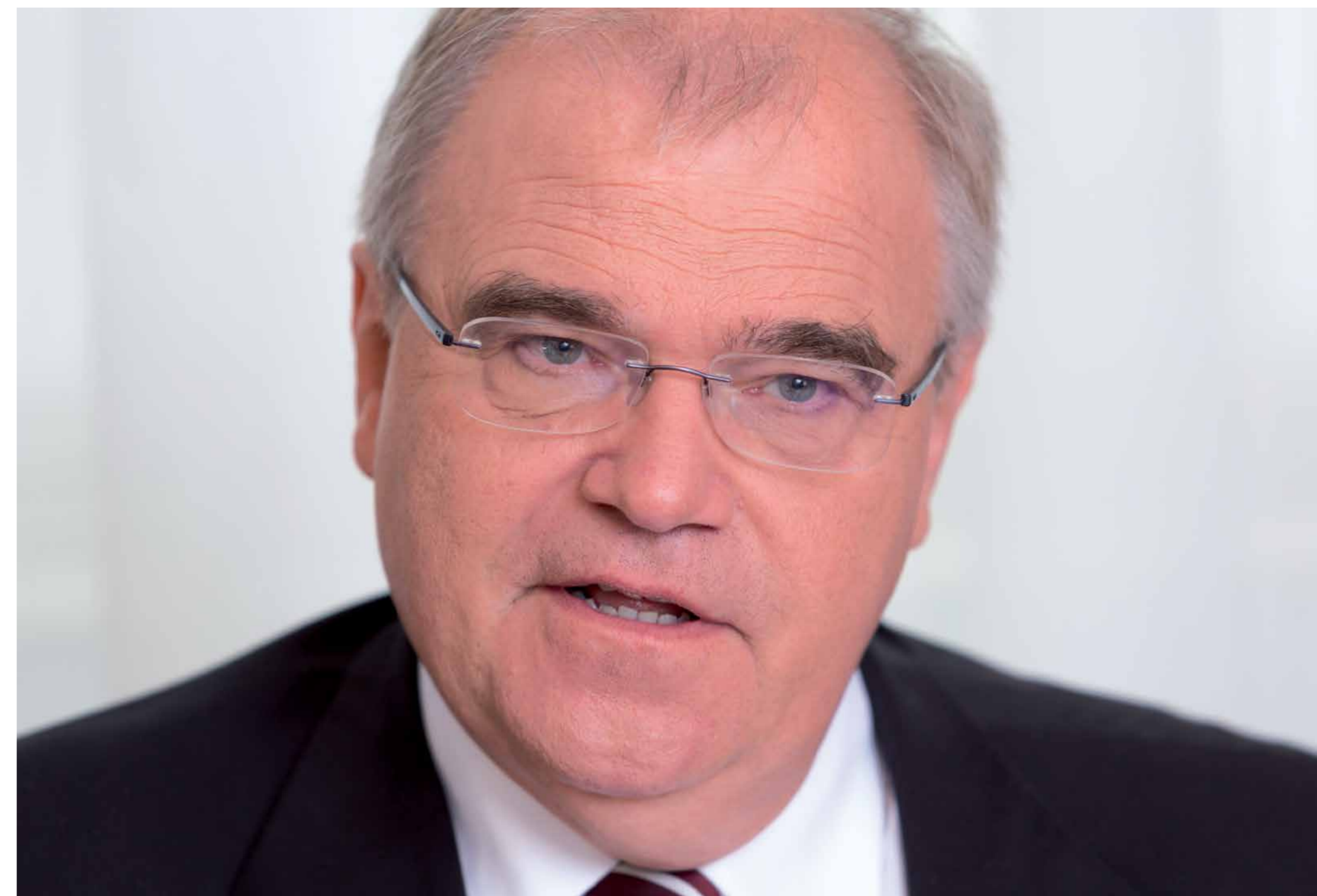
P: Ein Thema, das meist ältere Menschen betrifft, sind Sachwalterschaften. In den vergangenen Jahren ist die Zahl an besachwalterten

Personen enorm angestiegen. In Alpbach haben Sie dazu eine Reform angekündigt. Welche Ziele verfolgen Sie dabei?

„Bei unserem Reformvorhaben stellen wir also ganz klar die Wünsche und Bedürfnisse des Betroffenen in den Mittelpunkt, was ich sehr begrüße.“

Brandstetter: Wir arbeiten derzeit intensiv an der Reform des bereits 30 Jahre alten Sachwalterrechts. Diese ist aus zweierlei Gründen notwendig: Einerseits ist die Zahl der Sachwalterschaften, wie Sie bereits erwähnt haben, in den vergangenen Jahren enorm angestiegen. So gab es im Jahr 2003 zirka 30.000 Sachwalterschaften, im Jahr 2015 waren es bereits rund 60.000. Andererseits sind Alternativen wie die Vorsorgevollmacht, die Patientenverfügung oder die Angehörigenvertretung bei den Betroffenen meist zu wenig bekannt. Mit dieser Reform wollen wir

erreichen, dass künftig nur noch dann ein Sachwalter eingesetzt wird, wenn dieser unbedingt erforderlich ist. Zudem setzen wir verstärkt auf den Ausbau der Vorsorgevollmacht und der Angehörigenvertretung, damit betroffene Personen schon vor dem Verlust der Handlungsfähigkeit selbstbestimmt entscheiden können, wer in solchen Fällen handeln soll. Bei unserem Reformvorhaben stellen wir also ganz klar die Wünsche und Bedürfnisse des Betroffenen in den Mittelpunkt, was ich sehr begrüße.



erreichen, dass künftig nur noch dann ein Sachwalter eingesetzt wird, wenn dieser unbedingt erforderlich ist. Zudem setzen wir verstärkt auf den Ausbau der Vorsorgevollmacht und der Angehörigenvertretung, damit betroffene Personen schon vor dem Verlust der Handlungsfähigkeit selbstbestimmt entscheiden können, wer in solchen Fällen handeln soll. Bei unserem Reformvorhaben stellen wir also ganz klar die Wünsche und Bedürfnisse des Betroffenen in den Mittelpunkt, was ich sehr begrüße.

P: Sie haben eben die Patientenverfügung angesprochen. Am 17. September war internationaler Tag der Patientensicherheit. Wie beurteilen Sie in diesem Zusammenhang die Rolle der Österreichischen Patientenadvokatur?

Brandstetter: Aus meiner Sicht kann die Bedeutung der Patientenadvokatur gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Immerhin bietet die Patientenvertretung kranken Menschen einen verlässlichen Halt in Lebenslagen, die ohnehin schon schwierig genug sind. Sie steht ihnen zur Seite, stärkt und berät sie bei der Wahrung ihrer Interessen. Darüber hinaus gibt es eben bei einem Großteil der Patientenadvokaturen die Möglichkeit, kostenfrei Patientenverfügungen zu errichten. Damit sorgen die Patientenadvokaturen dafür, und das ist meiner Meinung nach ein ganz wichtiger Punkt, dass der Wille des Patienten auch in jenen Situationen bekannt ist und berücksichtigt werden muss, in denen er sich nicht mehr äußern kann.

P: Ein weiterer wichtiger Bereich in Ihrem Ressort ist der Straf- und Maßnahmenvollzug. Auch hier haben Sie eine Reform angekündigt. Wie sieht diese aus? Was sind die wesentlichen Punkte?

Brandstetter: Die Reform des Straf- und Maßnahmenvollzugs, die auf den Empfehlungen der von mir eingesetzten Expertenkommission basiert, ist bereits in vollem Gange

und wir haben hier auch schon einiges vorangetrieben. So haben wir beispielsweise zusätzliches Personal geschaffen, um die teilweise personell angespannte Situation in den Justizanstalten zu entlasten. Zugleich sorgt der verstärkte Einsatz von Psychologen, Sozialarbeitern und Ergotherapeuten für eine noch bessere Betreuung der Insassen. Einen weiteren wichtigen Schritt haben wir mit der Generaldirektion gemacht, die seit Juli 2015 direkt im Justizministerium angesiedelt ist. Die nun geschaffenen klaren Strukturen, kurze Entscheidungswege und definierte Verantwortungsbereiche sollen dafür sorgen, dass die geplanten Innovationen und notwendigen Reformschritte konsequent und verlässlich umgesetzt werden können. Zudem haben wir in der Generaldirektion auch eine eigene Clearingstelle eingerichtet, die ein effektives Gesamtmanagement von eingewiesenen geistig abnormen, zurechnungsfähigen Rechtsbrechern sicherstellen soll. Wie Sie sehen, haben wir in diesem Bereich schon wesentliche Verbesserungen vorgenommen. Dabei ist uns natürlich bewusst, dass eine Gesamtreform eine gewisse Zeit braucht. Aktuell sind wir auch intensiv mit den legislatischen Arbeiten am Maßnahmenvollzugsgesetz beschäftigt. Dabei sollen die Einweisungsvoraussetzungen angepasst und soll die bedingte Entlassung neu geregelt werden. Im Mittelpunkt unserer Arbeit steht immer die bestmögliche Betreuung von betroffenen Personen.

P: Im Zuge der Neuausrichtung des Strafvollzugs haben Sie auch Reformen im Bereich Jugendstrafvollzug angekündigt. Erst kürzlich endete die Begutachtungsfrist zur Jugendgerichtsgesetz-Novelle. Welche Verbesserungen erhoffen Sie sich dadurch?

Brandstetter: Verbesserungen erhoffen wir uns vor allem dort, wo es darum geht, die Untersuchungshaft und in weiterer Folge

die Straftat bei jugendlichen und heranwachsenden Straftätern zu vermeiden. Wir setzen also stark auf Prävention statt auf Repression. Dafür werden wir für bereits erprobte Alternativen wie die Sozialnetzkonferenzen, die betreuten Wohngemeinschaften oder die Jugendgerichtshilfe die gesetzlichen Grundlagen schaffen beziehungsweise die bereits bestehenden Regelungen erweitern. Denn uns ist bewusst, dass sich junge Menschen in einem ständigen Veränderungsprozess befinden und oft vieles „ausprobieren“. Wir dürfen aber nicht davon ausgehen, dass straffällig gewordene Jugendliche ihr Leben lang kriminell sind. Ganz im Gegenteil: Ihr Verhalten ist noch stark beeinflussbar und deshalb stehen die Chancen eines Neubeginns in dieser Phase sehr gut – diese müssen wir nutzen. Daher wollen wir ihnen sinnvolle Alternativen in dieser Lebensphase bieten. Wir sind also wirklich bemüht, jugendlichen und heranwachsenden Straftätern eine zweite Chance zu geben, damit sie einen anderen, straffreien Weg einschlagen können. Und das geht in vielen Fällen, davon bin ich überzeugt.

P: Sie sagen, seit Ihrem Amtsantritt haben Sie bereits über 20 Gesetzesvorhaben erfolgreich umgesetzt. Welche Pläne haben Sie für die zweite Hälfte der Legislaturperiode?

Brandstetter: Wie Sie schon gesagt haben, wir haben schon vieles geschafft, aber wir werden uns nicht ausruhen, sondern weiter dranbleiben. Denn wir haben noch viel vor. So wollen wir uns beispielsweise im Herbst auf die Stärkung der Opferrechte fokussieren. Dabei soll die besondere Schutzbedürftigkeit von Opfern stärker berücksichtigt werden. Zusätzlich wollen wir auch die Informations- und Verständigungspflichten ausbauen und die Übersetzungsleistungen verbessern. Ein weiteres aktuelles Vorhaben ist das Hypothekar- und Immobilienkreditgesetz. Dieses

haben wir eben in Begutachtung geschickt. Damit sind jedoch nur ein paar Pläne der nächsten Zeit genannt. Es gibt weiterhin viel zu tun und ich freue mich auf die weiteren Herausforderungen! ■

BioBox:

Dr. Wolfgang Brandstetter wurde am 7. Oktober 1957 in Haag in Niederösterreich geboren. Seit Dezember 2013 ist er Bundesminister für Justiz. Zuvor war er Institutsvorstand am Institut für Österreichisches und Europäisches Wirtschaftsstrafrecht an der Wirtschaftsuniversität Wien und praktizierte als Strafverteidiger insbesondere im Fahrlässigkeits- und Wirtschaftsstrafrecht. Er absolvierte das Studium der Rechtswissenschaften an der Universität Wien und erwarb seine Habilitation 1991. Brandstetter war auch in der Lehre an der Universität Wien sowie an der Johannes Kepler Universität in Linz tätig. Er ist verheiratet und hat drei Kinder.



Open Alm 2015: Gipfelgespräche auf der Schafalm

Von Mag. Martina Hofer, Bakk. phil., BA, und Maximilian Kunz, MAS, MBA

Wie im vergangenen Jahr folgten auch heuer namhafte Experten und Entscheidungsträger aus Österreichs Gesundheitswesen der Einladung der PERI Group auf die Schafalm des Böglerhofs in Alpbach zur „Open Alm“. Damit wurden am Abend des 22. August die „Gipfelgespräche auf der Schafalm“ eröffnet. Nach der amikalen Begrüßung durch Armin Fidler, Hanns Kratzer, Marcus Müllner und Robert Riedl vor dem malerischen Hintergrund der Tiroler Alpen hatten die nach dem Aufstieg zur Schafalm sichtlich zufriedenen Gäste die Möglichkeit, den Ausführungen von Dr. Kurt Moosburger, Facharzt für Innere Medizin, Sport- und Ernährungsmedizin, zum Thema „Übergewicht und Lifestyle“ zu lauschen.

„Fettleibigkeit ist zu einem globalen Problem geworden. Übergewicht ist aber kein vorrangiges Problem der Ernährung, sondern ein Hauptproblem der mangelnden Bewegungsaktivität. Menschen essen heute nicht mehr als früher, aber sie bewegen sich signifikant weniger. Es gibt keine Verbote in der Ernährung. Das einzige Verbot ist, Verbote auszusprechen. Auch bei Zucker und Kohlenhydraten, die heute geradezu zu Feindbildern stilisiert werden, kommt es auf die Menge und die körperliche Aktivität an. Die technologische Entwicklung – Rolltreppen, Lift, Autos – hat dazu geführt, dass wir heute nicht mehr so viel Energie umsetzen, wie notwendig wäre. Meine Botschaft ist, dass wir wieder mehr zur Fuß gehen müssen, denn jeder Schritt zählt. Grundsätzlich gilt es, die Bewegungsaktivität im Alltag zu steigern. Ein Beispiel: Früher haben wir alleine im Wohnraum durch den Gang zum Festnetztelefon oder zum Fernseher bis zu 150 Kilometer im Jahr zurückgelegt. Das entspricht 3000 bis 5000 Kalorien. Das wiederum entspricht einem dreiviertel Kilo Fettgewebe, das wir heute akkumulieren. Ab dem 25. Lebensjahr findet im menschlichen Körper ein physiologischer ‚Muskelschwund‘ statt. Bei körperlicher Inaktivität geht dabei etwa ein Prozent der Muskelmasse pro Jahr verloren. Die Muskulatur ist nicht nur ein Stützorgan des passiven Bewegungsapparats, sondern auch ein wichtiges Stoffwechselorgan. Die Folgen eines körperlich inaktiven Lebensstils sind orthopädische Probleme wie Osteoporose und metabolische Konsequenzen wie zunehmender Körperfettanteil und Insulinresistenz als Ursache des metabolischen Syndroms bis hin zum Typ-2-Diabetes. Die Muskulatur ist das größte Organ, das Glukose aufnimmt und Fett verbrennt. Um dem Muskelschwund entgegenzuwirken, ist spätestens ab dem 30. Lebensjahr ein regelmäßiges Krafttraining wichtig. Ab dem 50. Lebensjahr muss dem Krafttraining sogar ein grundlegend höherer Stellenwert als dem Ausdauertraining zugesprochen werden. Die Kombination aus regelmäßiger Bewegungsaktivität im Alltag sowie einem Ganzkörper-Krafttraining, idealerweise ergänzt mit einem Ausdauertraining, ist essenziell, um Übergewicht zu vermeiden und sich Gesundheit und Fitness zu erhalten“, so Moosburger.

Unter den illustren Gästen waren u.a. Matthias BECK (Universität Wien), Petra BURGER (Coca-Cola GmbH) Sonja CHRISTOFFERS (Mundipharma GmbH), Karin GERLACH (Astro Pharma), Alexander HERZOG (SVA), Lars-Peter KAMOLZ (LKH Universitätsklinikum Graz), Brigitte und Christoph KANN (Bondimed Aesthetics GmbH), Peter KOWATSCH (ÖGAM), Gudrun SEIWALD (PVA), Martin SCHAFFENRATH (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger), Alfred SPRINGER (ÖGABS) u. v. m.

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

Unterstützer der Gipfelgespräche 2015:



1. Martin Schaffenrath (HVB), Robert Riedl (PERI Group); 2. Harald Bichler (Lundbeck Austria), Karin Gerlach (Astro Pharma), Stephan Klemm (BGP Products), Marcus Müllner (PERI Change); 3. Gudrun Seiwald (PVA), Hanns Salezberger (MSD); 4. Markus Sticker (PERI Consulting), Maximilian Kunz (Weidone), Martin Schaffenrath (HVB), Daniela Klinner (HVB), Alexander Herzog (SVA); 5. Brigitte und Christoph Kann (Bondimed); 6. Raimund Margreiter (Uni-Klinik Innsbruck) mit Gattin; 7. Armin Fidler (PERI Group); 8. Martin Schaffenrath (HVB), Raimund Margreiter (Uni-Klinik Innsbruck) mit Gattin; 9. Max Wudy (Allgemeinmediziner) mit Gattin, Thilo Beck (Arud-Zentren für Suchtmedizin, Zürich); 10. Stephan Klemm (BGP Products), Marcus Müllner (PERI Change), Patrick Hauptmann (PERI Business Development), Karin Gerlach (Astro Pharma), Harald Bichler (Lundbeck Austria), Robert Riedl (PERI Group); 11. Hanns Kratzer (PERI Consulting), Gudrun Seiwald (PVA), Kurt Moosburger (FA für Innere Medizin) mit Gattin; 12. Max Wudy (Allgemeinmediziner) mit Gattin, Thilo Beck (Arud-Zentren für Suchtmedizin, Zürich); 13. Hanns Kratzer (PERI Consulting), Kurt Moosburger (FA für Innere Medizin); 14. Lars Kamolz (LKH-Universitätsklinikum Graz); 15. Kurt Moosburger (FA für Innere Medizin)



BIG DATA ODER DER MENSCH IM ZENTRAUM, DAS IST KEINE FRAGE!

Big Data wird oft als Automatisierung von Entscheidungen missverstanden. Das Gegenteil stimmt. Big Data ersetzt nicht Fachexperten, sondern es macht sie besser und wichtiger.

Von Prof. Dr. Reinhard Riedl

Big Data heißt, Informationen zu nutzen, die in Daten implizit vorhanden sind. Dabei werden Computer und Algorithmen dazu gebraucht, Informationen, die eigentlich da sind, aber in den Daten verborgen liegen, explizit nutzbar zu machen. Das schafft Angst oder mindestens Unwillen, weil es den Verdacht erweckt, dass damit still und leise Entscheidungsmacht von Menschen zu Computern wandert. Wir überlassen, so scheint es, die Fakteninterpretation den Computern. Manche halten Big Data gar für eine gänzlich unverstehbare mathematische Trickserie. Die These vieler Big-Data-Gurus, dass die Datenwissenschaft ohne Modelle möglich sei und in Zukunft Fachexpertentum ersetzen werde, tut ein Übriges, um Big Data in ein schlechtes Licht zu rücken. In der Praxis wird deshalb häufig auf die Nutzung der in den Daten verborgenen Informationen verzichtet. Und gerade im Gesundheitswesen, das besonders viele Anwendungsmöglichkeiten für Big Data bietet, wird Big Data noch fast gar nicht angewandt.

Die Faustregel zur organisierten Entscheidungsfindung

Lassen Sie mich darum etwas ausholen. Eine dreiteilige Systemtheoretiker-Faustregel sagt: Dort wo die Komplexität hoch ist, verbessert Standardisierung der Entscheidungsfindung die Qualität, dort wo die Komplexität niedrig ist, verbessert dagegen Flexibilisierung der Entscheidungsfindung die Qualität (A). Die digitale Bereitstellung von Information erhöht in beiden Fällen die Qualität (B). Sie wird zuerst für die Standardisierung eingesetzt und erst danach für die individuelle Entscheidungsunterstützung, schafft aber dort den größten Nutzen (C).

Zu (A): Liest man Studien, so stellt man den scheinbaren Widerspruch fest, dass eine standardisierte Triage in der medizinischen Behandlung in Indien große Fortschritte bringt, während umgekehrt eine Lockerung der Standards in der Kundenbetreuung im amerikanischen Handel zu wesentlich besseren Ergebnissen führt. Was die Frage aufwirft: Ist Standardisierung gut oder schlecht? Die Antwort: Es kommt auf die Komplexität und Maturität an.

Zu (B): Es gibt einen scheinbaren Widerspruch zwischen prognostiziertem Wachstum und Fortschritt durch neue Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) und einem rückblickend in Studien ermittelten Produktivitätsverlust durch den Einsatz von IKT. Letzterer ist aber eine wissenschaftliche Fiktion, die dadurch entsteht, dass wir heute in viel komplexeren und wirkungsmächtigeren Geschäftsprozessen arbeiten als früher. Polemisch, aber nicht ganz unzutreffend formuliert: Die Leitung eines Universitätsspiels erfordert trotz IKT mehr Aufwand als die Leitung einer mittelalterlichen Zunft. Oder auch: Wir steuern heute eine global agierende Flotte aus hundert Passagierflugzeugen nicht ganz so effizient, wie früher ein lokales Fuhrunternehmen seine hundert Maultiere (Muls) verwaltete. Wen wundert's! Trotzdem macht die IKT eine Quasi-Standardisierung vieler sehr komplexer Entscheidungsprozesse möglich, was jeweils zuerst zu Effizienzgewinnen führt und in der Folge die Grundlage für die Bewältigung viel anspruchsvollerer Entscheidungsaufgaben schafft.

Zu (C): Gemäß Studien vertritt ein Großteil der Führungskräfte die Meinung, dass Informationsbereitstellung durch IKT für menschliche Entscheidungsprozesse größeren wettbewerbsrelevanten Nutzen bringt als für teil- oder ganz automatisierte Entscheidungsprozesse. Darüber hinaus gibt es aber auch eine biologisch-mathematische Begründung: In komplexen Situationen ist der erfahrene Experte sowohl Computern als auch Gruppen überlegen, sofern er genügend gut mit Informationen versorgt wird. Man kann das mit der Winkelsumme von Dreiecken erläutern, aber ich lasse das hier aus.

„Und gerade im Gesundheitswesen, das besonders viele Anwendungsmöglichkeiten für Big Data bietet, wird Big Data noch fast gar nicht angewandt.“

Die umformulierte Faustregel: Big Data rückt den Menschen ins Zentrum

Statt dessen formuliere ich obige Faustregel um: Entscheidend sind erstens das Verhältnis von fachlicher Maturität zur Komplexität der zu lösenden Entscheidungsaufgaben und zweitens die Verfügbarkeit von Daten. Je besser beide sind, desto besser ist eine datenbasierte, individualisierte, von Menschen durchgeführte Entscheidungsfindung im Vergleich mit einer standardisierten, teilautomatisierten Entscheidungsfindung. Höhere Fachexpertise und bessere Verfügbarkeit von digitalen Daten führen NICHT zur Standardisierung und Automatisierung von Entscheidungen, sondern rücken den Menschen sowohl als Entscheider als auch als von Entscheidungen Betroffenen wieder in den Mittelpunkt! Das ist der natürliche Lauf der Entwicklung. Das eigentliche Potenzial von Big Data liegt darum zum einen in der Individualisierung von Entscheidungen (und NICHT in deren Normierung) und zum anderen in der Durchführung dieser individualisierten Entscheidungen durch Menschen (und NICHT in der Übergabe von Entscheidungen an Computer). Big Data ist dann besonders wertvoll, wenn Menschen ihr persönliches Wissen, ihre Erfahrung und ihr Bauchgefühl in die Entscheidung miteinbringen.

chen Diagnose und Therapie in der Medizin Big Data? Ganz eindeutig ja, und das wird irgendwann zum tatsächlichen Einsatz führen. Unsere Gene, unsere Zellbiologie, unsere Umwelt und unser Lebenswandel sind alle individuell und hochverschieden. Deshalb wirken viele Therapien bei verschiedenen Menschen sehr unterschiedlich. Deshalb nehmen Krankheiten einen jeweils ganz individuellen Verlauf. Und deshalb sollte es langfristig unser Ziel sein, die Daten für eine individualisierte Medizin bereitzustellen und die dafür notwendigen Algorithmen zu entwickeln. Dazu kommt unter anderem, dass Big Data auf der Basis persönlicher Daten irgendwann die Prävention viel effizienter machen wird. Molekulare Indikationen für eine Krankheit tauchen viel früher auf als klinische Symptome und können für individuell maßgeschneiderte Prävention genutzt werden. Doch dafür werden wir noch viel mehr Big Data benötigen, ebenso wie besonders erfahrene, speziell ausgebildete Ärzte, die molekulare Veränderung richtig zu interpretieren wissen.

„Big Data ist dann besonders wertvoll, wenn Menschen ihr persönliches Wissen, ihre Erfahrung und ihr Bauchgefühl in die Entscheidung miteinbringen.“

„Big Data ist dann besonders wertvoll, wenn Menschen ihr persönliches Wissen, ihre Erfahrung und ihr Bauchgefühl in die Entscheidung miteinbringen.“

Alles klar oder alle Fragen offen?

Es liegt also in der Natur von Big Data, dass es vor allem den Fachexperten bei situativem, individualisiertem Handeln hilft. Der potenzielle Nutzen einer personalisierten, big-data-basierten Medizin ist riesig. Es bleiben aber mindestens zwei Fragen: Was ist mit dem Datenschutz, dem Schutz der Privatsphäre? Und: Wie stellen wir sicher, dass durch Big Data nicht die Zwei-Klassen-Medizin verstärkt wird? Dazu mehr in meiner nächsten Kolumne. Hier zum Abschluss nochmals meine Aufforderung vom letzten Mal: Ohne Tun gibt es auch kein Studieren! Big Data braucht Praxis. Gerade im Gesundheitswesen.

Ihr Reinhard Riedl

Doch wozu die ganze Individualisierung?

Obige Erkenntnisse aus der Erforschung von IKT-Nutzung zeigen zuerst einmal nur generell auf, wie sich Systeme weiterentwickeln. Für jedes konkrete System – so auch für das Gesundheitswesen – stellt sich trotzdem die Frage, ob es denn überhaupt Bedarf an einer Weiterentwicklung gibt. Braucht jemand, der in Schottland Steinmauern baut, Big Data? Vielleicht nicht, aber das wird den Einsatz dort nicht aufhalten. Brau-

Psychische Gesundheit als Basis für erfolgreiches Lernen

Die erste Veranstaltung der diesjährigen Gipfelgespräche auf der Schafalm stand ganz im Zeichen des Nachwuchses und der Bildung. Über die Korrelation von Letzterer mit der Gesundheit herrschte Einigkeit unter den Diskutanten, die sich aus Vertretern von „Teach For Austria“ sowie einigen Fellows (einer Gruppe besonders ambitionierter Junglehrer, die an Schulen mit schwierigerem Hintergrund unterrichten), des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, des Bundesministeriums für Bildung und Frauen, des Jugendamts sowie zahlreichen Ärzten und Psychologen zusammensetzten.



Von Maximilian Kunz, MAS, MBA



v. l.: Beatrix Haller, Hedwig Wölfl, Richard Crevenna, Magdalena Söberl, Eva Huber, Eva-Maria Hofer, Hanns Kratzer, Susanne Mühlbacher, Florian Rabenstein, Gregor Kainz, Petra Schuster, Kilian Rieder, Manuel Wildgrube, Gabriele Fischer, Julian Richter, Nina Poxleitner, Walter Emberger, Martin Schaffner

Florian RABENSTEIN
Meine Schülerin Miriam* ist elf Jahre alt und hat eine depressive Mutter. Eines Tages informiert sie mich morgens über Muskelkrämpfe, gegen die ihr Hausarzt am Vortag Magnesium verschrieben hat. In der darauf folgenden Pause beginnt Miriam am ganzen Körper zu zucken und wir müssen die Rettung rufen. Diagnose: Epilepsie. Bei der Kommunikation mit einem anderen Schüler, Abbas*, einem Flüchtling aus Syrien, hilft mir ein syrisches Zwillingsspaar, das ebenfalls in meiner Klasse ist und bereits fließend Deutsch spricht. Das sind nur zwei Schicksale aus jener ersten Klasse mit 25 Schülern,



Florian Rabenstein

die ich seit September 2014 im 18. Wiener Gemeindebezirk als Klassenvorstand unterrichte. Dank „Teach For Austria“ kann ich mit diesen Kindern arbeiten, die einen schwierigeren Start ins Leben haben als viele andere, und ihnen etwas fürs Leben mitgeben. Respekt ist ein essenzielles Thema in meinem Job. Es besteht eine Korrelation zwischen positiv oder negativ wahrgenommener Klassengemeinschaft und der Tendenz zu Mobbing. Der Kontakt zu den Eltern ist eine

Teilnehmer (in alphabetischer Reihung):
Ao. Univ.-Prof. Dr. Richard CREVENNA | AKH Wien
Dr. Walter EMBERGER, MBA | Teach For Austria
Univ.-Prof. Dr. Gabriele FISCHER | AKH Wien
Dr. Patrick FROTTIER | Psychiater in Wien
MR Mag. Dr. Beatrix HALLER | BM für Bildung und Frauen
Mag. Eva-Maria HOFER | Swarovski KG
MMag. Eva HUBER | Teach For Austria
Gregor KAINZ, MSc | Teach For Austria
Mag. Susanne MÜHLBACHER | Psychagogin
Nina POXLEITNER, MSc | Teach For Austria
Mag. Florian RABENSTEIN | Teach For Austria
Mag. Julian RICHTER | Teach For Austria
Mag. Raphael RIEDLER | Teach For Austria
Mag. Martin SCHAFFNERATH | Hauptverband
Dr. Petra SCHUSTER-RÖTZER | Schulärztin in St. Pölten
Magdalena SÖBERL, BA | Sozialarbeiterin
Mag. Hedwig WÖFL | Die Möwe
Moderation: Mag. Hanns Kratzer | PERI Consulting

Schlüsselstelle. Über mich als Lehrperson hinaus kann die Schule weitere Maßnahmen – etwa in Form eines Gesundheitsscreenings – setzen und den Eltern die Ergebnisse mitteilen. Psychische Gesundheit ist die Basis für erfolgreiches Lernen.

*Name von der Redaktion geändert

Walter EMBERGER
Wir haben in Österreich Parallelwelten – und Bildungsgerechtigkeit kann diese

zusammenführen. Bei der Gründung von „Teach For Austria“ war es mir wichtig, dort etwas zu tun, wo die Bildungsschere auseinanderklappt. Die schlimmen Schicksale überraschen mich immer wieder. Fellows schaffen in diesem problematischen Umfeld auch psychische Stabilität bei den Schülern. „Teach For All“ ist eine Bildungsinitiative und wurde von Wendy Kopp in den USA gegründet. „Teach For Austria“ ist als eigenständiges Mitglied in diesen Dachverband eingegliedert. Wir sind zu etwa 85 Prozent privat finanziert – unser Ziel ist hier Parität.

Petra SCHUSTER-RÖTZER
Als Schulärztin betreue ich Kinder bis zum jungen Erwachsenenalter. Psychische Probleme sind multifaktoriell, bedingt durch Stressoren in der Schule, aber auch in der Familie und dem privaten Umfeld. Herkunft, familiärer Background, finanzielle Situation etc. spielen eine Rolle. Bei meinen Schülern sehe ich, dass ausgeprägte Sensibilität für das Leid anderer und Überforderung aufeinander treffen. Damit Kinder von selbst zu uns kommen und kommunizieren, dass sie Hilfe brauchen, ist ein niederschwelliger und räumlich leicht erreichbarer Zugang wichtig. Wenn Lehrer, Ärzte, Sozialarbeiter und Psychologen aktiv und koordiniert zusammenarbeiten, ist eine erfolgreiche Betreuung sichergestellt.

Gabriele FISCHER
Aus meiner Perspektive hat sich in den letzten Jahren zu wenig auf diesem Ge-

biet getan. Besonders berührt es mich, dass nicht nur Migrantenkinder oft starke Lese- und Schreibdefizite haben, sondern auch alle anderen. Die zunehmenden Defizite im sinnerfassenden Lesen werden seit Jahren – ohne Umsetzungskonsequenzen – aufgezeigt. Es ist kein Wunder, dass Verhaltensauffälligkeiten zunehmen, wenn man Lerninhalte nicht versteht. Somatisch finde ich es besonders besorgniserregend, dass sich das Übergewicht bei Kindern in den letzten Jahren nahezu verdoppelt hat. Schulpsychologen werden oft zu spät hinzugezogen. Wären diese integraler Bestandteil im Schulbetrieb, würden Kinder es nicht als penalisiert erleben, „zum Psychologen zu müssen“, sondern dies als Ressource positiv nutzen können. Das sollte im Sinn der Chancengleichheit und Primärprävention gesehen werden.

Richard CREVENNA
Bewegung ist für die geistige und körperliche Entwicklung essenziell. Zwei Turnstunden in der Woche sind einfach zu wenig! Viel hängt auch vom familiären Hintergrund ab. In einer Studie an übergewichtigen Kindern konnte z. B. ein wesentlicher Teil den erforderlichen Leistungstest nicht machen, weil entweder die Eltern nicht zustimmten oder die Kinder einfach nicht kamen. Unter diesen waren auffallend viele mit Migrationshintergrund. Augenfällig ist auch, dass Eltern von Kindern mit Migrationshintergrund aus Ländern, die – wie etwa die Türkei – kein Hausarztssystem wie wir haben, eher eine (Notfalls-) Ambulanz als niedergelassene Ärzte aufsuchen. Es bedarf dringend der Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit.

Beatrix HALLER
Einige Schulen (Zentralheilstätten) betreuen wir direkt. Dabei fällt mir auf, dass viele Initiativen öffentlich kaum wahrgenommen werden. Insgesamt zeigen die Ergebnisse ein positives Bild der Entwicklung schulischer Gesundheitsförderung in Österreich. Programme, Maßnahmen und Bewusstseinsbildung der letzten Jahre zeigen in den Schulen Wirkung. Das ergab etwa eine aktuelle Studie, „Kontext und Praxis schulischer Gesundheitsförderung“, in Kooperation mit dem Ludwig-Boltzmann-Institut, in der 800 Schulen und Schulleiter befragt wurden. Die Schulpsychologie hat den Auftrag, Schüler, Lehrer und Eltern gleichermaßen zu unterstützen. Wir müssen schauen, wie unsere Informationen und unsere Unterstützung die Zielgruppen noch besser erreichen können.

Julian RICHTER
An meiner Schule im 10. Bezirk kommt der Schularzt alle paar Wochen. Die letzten drei Monate blieb das Krankheitsbeding und ersatzlos aus. Zudem gibt es eine Sozialarbeiterin und eine Schulpsychologin. Erst einmal haben wir es im heurigen Jahr geschafft, dass sich alle drei Institutionen aufgrund eines besonders problematischen Schülers zusammensetzen. Gemeinsam etwas zu starten gestaltet sich schwierig, dabei ist die Kooperation zwischen den Akteuren doch essenziell. Ein möglicher Ansatz, das zu verbessern, wäre im Rahmen der Ausbildung.

Hedwig WÖFL
Psychische Gewalt unterliegt einem Wandel. Heute geschieht sie etwa in Form von

sozio-emotionaler Vernachlässigung. Auch Isolation – etwa durch die Zunahme der virtuellen Welten mittels „technical devices“ – ist ein zunehmendes Problem. Wir gehen an Schulen, um dort präventiv zu arbeiten. Auffallend ist, dass wir viele Marktbegleiter mit ähnlichen Beratungsangeboten beobachten. Oft wird aber weder Eltern noch Schülern kommuniziert, auf Basis welcher Qualifikation das geschieht. Mir fällt auch die Unwissenheit und Hilflosigkeit vieler Pädagogen im Umgang mit Verdachtsfällen bezüglich Kindeswohlgefährdung auf. Lehrer erhalten aufgrund ihrer Position oft Informationen,

An den Wiener Pflichtschulen gibt es uns bereits seit fast 40 Jahren mit dem Hintergrundgedanken, unterstützende Maßnahmen bei psychischen Schwierigkeiten, Verhaltensproblemen etc. bieten zu können. Manche Psychologen betreuen zwei oder mehr Schulen. Aufgrund der Größe meiner Schule bin ich jeden Tag dort anwesend und kenne meine Schüler. Kinder, die zu mir kommen und in mir einen Dolmetscher, ein Sprachrohr, einen Anwalt gegenüber Eltern bzw. Lehrern suchen, sind mein tägliches Geschäft. Meine Arbeit ist eine Beziehungsarbeit, nur so ist ein Weg der kleinen Schritte möglich.

SCHULE 1.5 Dossier KURIER

„Manche Kinder haben einen schweren Rucksack“

Aus Alpbach. Die Schule wird zunehmend zu einem Ort, der Defizite des Elternhauses ausgleichen soll. Für einen Lehrer allein ist das schwer machbar, für eine gute psychische Versorgung braucht es mehr Ressourcen

Die Schulleiterin Beatrix Haller (links) und die Lehrkräfte der Schule 1.5 in Alpbach. Die Kinder haben einen schweren Rucksack, den sie mitbringen müssen. Die Schule versucht, ihnen dabei zu helfen.

„Nicht jedem Kind stehen alle Chancen offen.“

Beatrix Haller von Bund...
Die Schulleiterin Beatrix Haller...
Die Kinder haben einen schweren Rucksack...
Die Schule versucht, ihnen dabei zu helfen...
Die Schulleiterin Beatrix Haller...
Die Kinder haben einen schweren Rucksack...
Die Schule versucht, ihnen dabei zu helfen...
Die Schulleiterin Beatrix Haller...
Die Kinder haben einen schweren Rucksack...
Die Schule versucht, ihnen dabei zu helfen...

In Kooperation mit: **KURIER**

Martin SCHAFFNERATH
Bildung und Gesundheit gehören klar zusammen. Viele Studien belegen, dass die Bildung den Grundstein für die spätere Gesundheit legt. Seitens der Gebietskrankenkassen in Oberösterreich und in der Steiermark laufen diesbezüglich bereits Pilotprojekte. Die daraus zu generierenden Ergebnisse aber aufs ganze Land umzuwälzen wird nicht leicht sein und wohl noch einige Zeit in Anspruch nehmen. Gesundheit und Bildung stärker zu verknüpfen ist eine Aufgabe, der wir uns alle annehmen müssen – Bund, Länder, Sozialpartner und Gemeinden. Prävention ist hier das A und O.

Patrick FROTTIER
Als Leiter des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Liaisondienstes des PSD Wien für die Kinder- und Jugend-Krisenzentren der Stadt Wien, welche Kinder und Jugendliche in psychosozialen Notlagen betreuen, möchte ich zuerst definieren, was es bedeuten kann, psychisch krank zu sein. Laut einer Veröffentlichung des Primars des KH für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Rosenhügel sind über 20 Prozent aller Jugendlichen psychisch auffällig, davon 50 Prozent behandlungsbedürftig. Zirka 40 Prozent der Behandlungsbedürftigen wiederum erhalten Medikamente, das sind insgesamt also ca. vier Prozent aller Kinder und Jugendlichen. Wenn wir nun die Kinder und Jugendlichen in Krisenzentren untersuchen, sehen wir hier einen vierfach höheren Anteil an sich in psychiatrischer Behandlung befindenden Kindern und zusätzlich ein acht- bis zehnfach erhöhtes Risiko der Jugendlichen, straffällig zu werden. Fokussiert man sich auf diese beiden Gruppen (in Behandlung befindliche Jugendliche und Straffällige), stellt man fest, dass in beiden ein sehr hoher Anteil die Regelschule abgebrochen hat, d. h. aus dem Bildungssystem herausgefallen ist. In der Gruppe der Straffälligen haben bis auf ganz wenige Ausnahmen alle einen alleinerziehenden Elternteil, ohne dass ein Kontakt zum fehlenden Elternteil besteht, d. h. eine Überforderung des alleinerziehenden Elternteils ist hier wahrscheinlich. Wenn das Ziel also eine Verbesserung der psychischen und sozialen Gesundheit sein soll – da dies ja den späteren Bildungsgrad beeinflusst und dieser wiederum einen günstigen Einfluss auf die psychische Gesundheit hat –, müssen die Weichen schon vor Schulbeginn gestellt werden. Mein Wunsch wäre, dass die psychosoziale Belastung in sozial gefährdeten Familien schon während einer Schwangerschaft festgestellt wird und unmittelbar Unterstützung angeboten sowie in den ersten zwei Lebensjahren des Kindes fortgesetzt wird. Vorbilder für solche frühen Hilfen gibt es in Deutschland bereits seit vielen Jahren. Es wäre eine frühzeitige Investition, die mit Sicherheit die psychosoziale Gesundheit fördert und die Zukunft und die Bildungschancen unserer Kinder nachhaltig verbessern würde. ■

EarWell®: Werkzeug, Heilbehelf, vor allem aber Innovation

20 bis 35 Prozent aller Neugeborenen weisen laut Studien eine mehr oder weniger starke Deformation der Ohrmuscheln auf. Bei rund zehn Prozent dieser Fehlbildungen ist die Deformität so ausgeprägt, dass bisher aufgrund des körperlichen und – insbesondere – psychischen Leidensweges zu einem späteren Zeitpunkt eine kostspielige und aufwendige Operation notwendig war. Bis vor Kurzem wurde noch mit improvisierten Hilfsmitteln wie Pfeifenreinigern oder Klebebändern versucht, Deformationen entgegenzuwirken. Mit EarWell®, einem Produkt der Firma Bondimed, kommt nun eine innovative Lösung bei solchen Ohrmuscheldeformationen bei Neugeborenen zur Anwendung und führt innerhalb von nur wenigen Wochen zu einer deutlichen Besserung. Und das ohne operativen Eingriff, ohne Anästhesie, ohne Medikation – schmerzfrei.

Von Maximilian Kunz, MAS, MBA



v.l.: Ludwig Neuner, Wilhelm Frank, Stephan Spendel, Rupert Koller, Wolfgang Sperl, Hanns Kratzer, Brigitte Kann, Christoph Kann, Susanne Mühlbacher, Peter Kowatsch, Barbara Maier, Lars-Peter Kamolz, Martin Schaffnerath, Franz Bittner

Ohrkorrekturen sind schon seit Jahrzehnten ein – immer wichtiger werdendes – Thema in der plastischen Medizin. Nur zehn bis 30 Prozent aller angeborenen Deformationen korrigieren sich selbst aus. Grundsätzlich werden drei Schweregrade unterschieden: Die erste Stufe ist eine Malformation, diese entspricht einer embryologischen Fehlentwicklung in der fünften bis neunten Schwangerschaftswoche und ist – wenn überhaupt – nur durch einen chirurgischen Eingriff korrigierbar. Die zweite Stufe entspricht einer Deformation, bedingt durch deformierende mechanische Einflüsse in der Gebärmutter bzw. im Geburtskanal. Die dritte Gruppe wird durch eine Fehlanlage von Ohrmuskeln definiert und ist ebene, die mit dem EarWell®-System relativ einfach innerhalb

der ersten sechs Wochen nach der Geburt korrigiert werden kann. Das Anlegen des EarWell®-Systems, eines aus Silikon geformten Rings, erfolgt in weniger als 30 Minuten und ist komplett schmerzfrei. Hinzu kommt der Wegfall der psychischen und physischen Belastung einer Vollnarkose im Rahmen der operativen Therapie. Damit bildet EarWell® eine effektive Alternative zu einer herkömmlichen Korrektur, die tagesklinisch oder stationär erfolgen kann, bei Kindern unter Allgemeinnarkose durchgeführt wird und insgesamt einen Zeitraum von etwa acht Wochen beansprucht. In den USA, Australien und anderen Ländern wird EarWell® bereits seit längerem erfolgreich angewandt, in Österreich soll die Bekanntheit dieser Methode nun gesteigert werden.

Trotz klarer Sinnhaftigkeit auf ökonomischer und medizinischer Ebene wird der flächendeckende Einsatz mangels Erstattung der Kosten derzeit gehemmt. Es gibt derzeit keine passende medizinische Einzelleistung im LKF-System, eine Erstattung im niedergelassenen Bereich ist nicht gegeben, die Kosten für das Produkt müssen momentan privat getragen werden oder der Krankenträger übernimmt die Kosten für eine bestimmte Anzahl von Behandlungen. Das Hauptproblem: fehlende Awareness für Deformationen der Ohrmuscheln und fehlende Bekanntheit dieser innovativen Therapie. Vor diesem Hintergrund wurden in einer hochkarätigen Diskussionsrunde mögliche Schritte bis zur Erstattung der Behandlung diskutiert und konkrete Maßnahmen definiert.

Stephan SPENDEL

Am Universitätsklinikum Graz haben wir bereits mehr als 80 Ohren bei mehr als 45 Säuglingen erfolgreich mit diesem innovativen System korrigiert. Zwecks Ablenkung und Beruhigung führen wir den Anlegeprozess bevorzugt während des Stillens durch. Alleine in den letzten 16 Monaten haben wir 35 Neugeborene behandelt, denen das System zwischen dem zweiten und zwölften Tag nach der Geburt angelegt wurde. Lediglich in zwei Fällen gab es leichte Komplikationen (leichte Druckstellen), die von selbst abheilten. Die Kosten einer Therapie mit EarWell® liegen unter jenen einer plastischen Korrektur zu einem späteren Zeitpunkt. Wir haben bereits umfassende Aufklärungsarbeit gemacht, womit wir dazu beitragen konnten, dass bei Neugeborenen zunehmend auf die Ohren geachtet wird – auch seitens der Mütter.

Lars-Peter KAMOLZ

Das System ist eine absolute Innovation, weil es einem ermöglicht, angeborene Ohrdeformitäten nicht chirurgisch und dennoch gezielt sowie mit konstanten Ergebnissen zu korrigieren. Mit diesem System kann einerseits die Invasivität auf ein Minimum reduziert und der medizinische Aufwand verringert werden, andererseits der vorhersehbare Erfolg im Vergleich zu anderen nicht chirurgischen Techniken maximiert und besser vorhersehbar gemacht werden. Ziel dieses Verfahrens sollte es aber keinesfalls sein, eine Art „Standardohr“ bei Kindern zu kreieren, sondern Ohrdeformitäten, die mit potenziell vorhersehbaren Problemen durch Hänseleien etc. einhergehen, frühzeitig zu beheben und somit später notwendige chirurgische Korrekturen zu vermeiden. Die grundsätzliche Awareness für Ohrdeformationen sehe ich bei allen relevanten Institutionen und Disziplinen als ausreichend vorhanden. Lediglich die Datenlage in Bezug auf die „besten“ Indikationen für dieses System sollte noch durch eine zentrale „Indikations- und Outcome-Studie“ der Referenzzentren optimiert werden.

Barbara MAIER

Es gibt Kinder mit abstehenden Ohren, die sich benachteiligt fühlen, und Kinder, die das nicht tun. Ich denke, die Indikation für eine Korrektur ist klar im Leidensdruck zu sehen. Dieser kann im Fall von EarWell® aufgrund des Säuglingsalters ja ausschließlich von den Eltern aus gesehen und vorgehen genommen werden. Meine Mutter hat bei meiner Tochter versucht, abstehende Ohren nach der Geburt mit Klebestreifen zu korrigieren – das war eine Art Vorläufer von EarWell®. Es hatte sehr guten Erfolg!

Peter KOWATSCH

Aus der Perspektive der Allgemeinmedizin erscheint mir das Thema der Ohrdeformation nicht wirklich ein gewichtiges zu sein. Es sei denn, Kinder haben eine derart auffallende Deformation, dass es zu physischen bzw. psychischem Leid kommen könnte. Ich selbst hatte einen derartigen Fall bisher so gut wie nie, was ich möglicherweise auf meine mangelnde Awareness als auch die der Eltern zurückführe.

Susanne MÜHLBACHER

Als Psychologin und Psychotherapeutin an einer Schule bin ich tagtäglich mit Problemen von Kindern konfrontiert. Kinder in dem Alter wollen „dazugehören“. In diesem Zusammenhang sind freilich auch abstehende Ohren ein Thema. Ich erlebe in solchen Fällen grundsätzlich zwei Reaktionen: einerseits den Rückzug – das Kind will

Teilnehmer (in alphabetischer Reihung):

Franz BITTNER | ehem. Obmann der WGKK, Patientenombudsmann der Ärztekammer Wien
Univ.-Prof. Dr. Wilhelm FRANK | Gesundheitssystemberatung GmbH
Univ.-Prof. Dr. Lars-Peter KAMOLZ | LKH-Universitätsklinikum Graz
Prim. Univ.-Doz. Dr. Rupert KOLLER | Wilhelminenspital
Dr. Peter KOWATSCH | Allgemeinmediziner in St. Gilgen, Vorstandsmitglied ÖGAM
Prim. Univ.-Prof. DD. Barbara MAIER | Wilhelminenspital, OSR
Mag. Susanne MÜHLBACHER | Psychologin
Prim. Dr. Ludwig NEUNER | KH Freistadt, Ärzteteam des LKF-Projektteams im BMG
Mag. Martin SCHAFFNERATH | Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Univ.-Prof. Dr. Stephan SPENDEL | LKH Universitätsklinikum Graz
Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang SPERL | LKH Salzburg, Präsident der ÖGKJ

sich unsichtbar machen. Ein Fall war derart drastisch, dass das Kind jeden Tag zehn Minuten zu spät zur Schule kam, nur um nicht über den Schulhof gehen und sich dort den Blicken seiner Mitschüler aussetzen zu müssen. Die zweite Reaktion ist Aggression.

Wilhelm FRANK

Es gilt, eine Art Index für die einzelnen Deformationen zu entwickeln. Des Weiteren ist zu klären, in welchen Zuständigkeitsbereich solche Deformationen letztlich fallen. Ist die Behandlung verpflichtend stationär? Welche Facharzttrichtung soll sich der Angelegenheit konkret annehmen bzw. soll diese im intramuralen oder im extramuralen Bereich liegen? Sofern festgestellt wird, dass eine Deformation als krankheitswertige Störung zu behandeln ist, müsste die Sozialversicherung die Kosten tragen. Präzisierungen dieser Art sind notwendig für das Erreichen einer Finanzierung.

Kernaussagen:

EarWell® ist eine gelungene Innovation, die es ermöglicht, Ohrdeformationen effizient und effektiv zu beheben – gut für die Betroffenen und für das System zugleich.

Die Diagnose muss in den Tagen nach der Geburt gestellt werden, die Behandlung muss so schnell wie möglich beginnen.

Pädiater und plastische Chirurgen müssen definieren, welche Patienten eine Therapie mit EarWell® benötigen.

muss ein auf EarWell® spezialisiertes Krankenhaus aufgesucht werden – hier muss es mehrere pro Bundesland geben.

Martin SCHAFFNERATH

Die Verfügbarkeit eines solchen Systems ist mir persönlich erst seit Kurzem bekannt. Ich halte es für notwendig, werdende Eltern generell für das Thema zu sensibilisieren. Aktuell gilt es dazu wohl noch einige Fragen zu klären bzw. zu beantworten. Wenn so ein System funktionieren kann, dann mittels eines lokalen Trägers in einem Bundesland, für eine begrenzte Dauer einschließlich medizinischer, wissenschaftlicher Begleitung und Evaluierung und vorerst nur als Pilotprojekt. Eine mögliche Finanzierung eines solchen Pilotprojekts wäre nur über Heilbehelfe möglich, sofern die Bereitschaft eines Trägers überhaupt gegeben wäre.

Wolfgang SPERL

Das System ist insofern beeindruckend, weil es bei Einsatz zum rechten Zeitpunkt mit relativ geringem Aufwand maximalen Erfolg erzielt. Dennoch muss man bei der Indikationsstellung auf individuelle Komponenten achten und nicht „Standardohren“ fordern. Es bedarf multidisziplinärer Expertise, Gatekeeper, Guidelines und Schulungen, damit der Pädiater bzw. Neonatologe entscheiden kann, ob eine Behandlungsnotwendigkeit vorliegt oder nicht. Für den betreuenden Mediziner gilt es, ganzheitlich die Verantwortung zu übernehmen und interdisziplinär zusammenzuarbeiten, insbesondere mit Kinderchirurgen, plastischen Chirurgen und HNO-Ärzten.

Rupert KOLLER
Mit der Begründung, dass Kinder möglicherweise gehänselt werden, bezahlt die Sozialversicherung eine Ohranlegeplastik. In Wien bezahlt die WGKK bis zum 14., die BVA bis zum 18. Lebensjahr. Eine Finanzierung von EarWell® sollte daher auch möglich sein, für mich wäre das auf jeden Fall sinnvoll. Es gilt klar festzulegen, an welcher Stelle künftig wer die Entscheidung betreffend einer möglichen Korrektur trifft und wie diese finanziert wird. ■

Zukunftsforum Onkologie – sechs Chancen für eine patientenorientierte Krebsversorgung in Österreich

Im internationalen Vergleich hat Österreich eine Top-Position in der onkologischen Versorgung erreicht – ganz besonders in Bezug auf die Fünf-Jahres-Überlebensraten von Krebspatienten und den raschen Zugang zu neuen Diagnose- und Therapieoptionen. Jetzt geht es darum, dieses hohe Qualitätsniveau in der Versorgung weiterzuentwickeln, damit Betroffene in Österreich auch künftig davon profitieren können. Dazu wurde auf Initiative von Roche Austria das ZUKUNFTSFORUM ONKOLOGIE ins Leben gerufen, um einen uneingeschränkten interdisziplinären Dialog zu diesem Thema zu ermöglichen. Das geschah auf medizinisch-ethischer, ökonomischer und struktureller Ebene. Renommierte Experten aus verschiedenen Fachbereichen und Institutionen sind dieser Einladung zum Dialog gefolgt und die Ergebnisse wurden in einer gemeinsamen Publikation zusammengefasst: dem Chancenpapier für eine patientenorientierte Krebsversorgung in Österreich. Experten diskutierten auf der Schafalm in Alpbach die entsprechenden Herausforderungen und Chancen anhand dreier zentraler Elemente: Der Patient als Individuum soll im Mittelpunkt stehen, die Ressourcenallokation laufend optimiert und die Forschung stetig weiterentwickelt werden.

Von Maximilian Kunz, MAS, MBA

Matthias BECK

Die erste der sechs Chancen in diesem Chancenpapier nannten wir „Krebs verstehen“. Etwas zu verstehen ist per se schon deutlich mehr als nur eine Erklärung zu haben. Zur Zeit meines Studiums haben wir kaum etwas über den Patienten ganzheitlich als Menschen selbst erfahren. Heute haben wir das Thema Ethik in der Medizin, das ist ein großer Fortschritt. Darüber hinaus beobachte ich weitere maßgebliche Veränderungen: Der Mensch wird heute mit seinem individuellen Genom und zunehmend auch als Ganzheit betrachtet. Deshalb sollte die Zielsetzung nicht nur eine individualisierte Medizin sein, die lediglich die persönliche genetische Ausstattung des Menschen betrachtet, sondern eine, die den Einzelnen vor allem in seinem Umfeld, mit seinem Lebensstil und seinem Innenleben sehen lernt. Erst dann kommen wir von einer individualisierten zu einer personalisierten Medizin. Das führt zu einem totalen Umbruch in der Medizin, denn mit dieser Form des Denkens und Handelns geht es heute um den einzelnen Menschen, nicht nur um die Organe oder um verallgemeinerbare Diagnosen und Therapien. Wir wissen auch, dass ein Gutteil der Krebserkrankungen mit entsprechendem Lebensstil zu verhindern bzw. zu dilatieren wären. Es müssen aber in diesem Zusammenhang auch Themen wie Compliance, die oft suboptimal ist, und Health Literacy angegangen werden: Nicht selten wissen Betroffene viel zu wenig über ihre Erkrankung. Zum ZUKUNFTSFORUM ONKOLOGIE und zum Chancenpapier: Aus meiner Sicht waren sowohl der interdisziplinär gestaltete Prozess als auch die Ergebnisse sehr gut, nur weiter so!

Teilnehmer (in alphabetischer Reihung):

- Univ.-Prof. Dr. Matthias BECK | Universität Wien, Institut für Moraltheologie
- Univ.-Prof. Dr. Walter BERGER | MedUni Wien, Institut für Krebsforschung
- Franz BITTNER | Patientenombudsstelle der Ärztekammer für Wien
- Univ.-Prof. Dr. Wolfgang BUCHBERGER | Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH
- Ao. Univ.-Prof. Dr. Richard CREVENNA | AKH Wien, Univ.-Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation
- Dr. Martin GLEITSMANN | Wirtschaftskammer Österreich
- Dr. Peter KOWATSCH | Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
- Univ.-Prof. Dr. Manfred MAIER | MedUni Wien, Zentrum für Public Health
- Dr. Josef PROBST | Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
- Dr. Wolfram SCHMIDT | Roche Austria GmbH
- Ao. Univ.-Prof. Dr. Christian SINGER | AKH Wien, Klin. Abteilung für Gynäkologie u. gynäkologische Onkologie
- moderation: Robert Riedl | PERI Group

Walter BERGER

Ich halte das Chancenpapier für einen guten und hilfreichen Ansatz, wengleich man – z. B. bezogen auf die Forschung – noch konkreter werden muss. Wir müssen Krebs als ganzheitliches Phänomen verstehen. Wir alle haben potenzielle Krebszellen im Körper. Da Krebs sich, im Gegensatz etwa zu einer degenerativen Erkrankung, eher als aktiver Trojaner mit einem Tarnmantel im komplexen System des Körpers beschreiben lässt, gestaltet sich die Behandlung sehr komplex. Ich sehe jetzt ganz wesentliche Fortschritte in der Krebsforschung – so sind die neuen Ansätze der Immunonkologie definitiv ein Meilenstein. Erste Ergebnisse sehen wir bereits beim Melanom oder beim Lungenkrebs, wo es mit den aktuell neu verfügbaren Immuntherapien

gelingt, den Krebszellen die Tarnkappe herunterzureißen und sie damit wieder sichtbar für das eigene Immunsystem zu machen. Der Körper ist somit wieder in der Lage, bösartige Krebszellen selbst zu bekämpfen. In Hinblick auf die Förderung der Forschung und Entwicklung brauchen wir in Österreich einen gravierenden Umdenkprozess: Universitäten und Forschungsnetzwerke gehören forciert und nicht nur Eliteeinrichtungen und Einzelpersonlichkeiten glorifiziert. Weiters müssen wir weg von der Gießkannenförderung hin zu einer gezielten Schwerpunktsetzung.

Christian SINGER

Das vorliegende Chancenpapier zeigt auf relevante und zutreffende Weise die bewältigenden Herausforderungen. Die We-

sentlichste ist wohl jene der Ressourcenallokation. In Österreich bekommt der Patient, unabhängig davon, was er hat und wer er ist, derzeit eigentlich alles, was er braucht. In den USA oder England werden schon jetzt Diskussionen zu neuen Medikamenten geführt und Patienten werden diese teilweise verwehrt. Eine derartige Diskussion über den Wert der Therapie wird letztlich auch vor Österreich nicht Halt machen. Eigentlich sollte die Evaluierung von Medikamenten auf einer paneuropäischen Ebene stattfinden. Ich würde mir hier einen ehrlichen Prozess wünschen, der den Menschen die Möglichkeit bietet, eine vernünftige und ganzheitliche Einschätzung der Situation zu bekommen. Als weiteres Thema sind die interdisziplinären und übergreifenden Betreuungsprozesse ganz relevant, hier besteht sicherlich Optimierungspotenzial. Es braucht einfach mehr Kooperation zwischen den Fachrichtungen im Zentrum und im niedergelassenen Bereich. Es geht darum, die Barrieren aufzubrechen und die Zusammenarbeit besser zu organisieren. Nicht nachvollziehbar ist z. B. für mich, warum Chemotherapien fast ausnahmslos in Krankenhäusern und nicht auch ambulant verabreicht werden.

Wolfgang BUCHBERGER

Onkologische Erkrankungen sind in ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung und Wahrnehmung durch die Gesellschaft besonders. Die Alterung der Gesellschaft und immer bessere Überlebensraten bewirken, dass die Prävalenz und damit die Anzahl der vom System zu betreuenden Menschen mit onkologischen Erkrankungen kontinuierlich ansteigt. Gleichzeitig nimmt die Komple-

xität der Tumorthérapien ständig zu, wenn man auch noch nicht wirklich von einer personalisierten, sondern eher von einer hochdifferenzierten Krebsmedizin sprechen kann. Aufgrund dieser Voraussetzungen zeigen sich die Stärken und Schwächen unseres Gesundheitssystems in der Onkologie besonders deutlich. Ich sehe vor allem die starke Sektoralisierung des Systems – sowohl in den Prozessen als auch in der Finanzierung – als zunehmende Herausforderung. Regionale Onkologienetzwerke unter Einbeziehung von Onkologiezentren, peripheren Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten müssen dringend aufgebaut werden. Voraussetzung dafür ist ein effizienter und strukturierter Kommunikationsfluss, wie er nur durch klinische Krebsregister erreicht werden kann. Ein Arztbrief alleine reicht heute schon lange nicht mehr aus. Der Aufbau derartiger Register läuft aber derzeit noch schleppend. Selbst die Datenqualität der wesentlich weniger komplexen epidemiologischen Krebsregister lässt – mit Ausnahme des Tiroler Krebsregisters – nach zu wünschen übrig. Tumorboards sind ebenfalls wichtige Werkzeuge der interdisziplinären Zusammenarbeit, müssen aber effizient organisiert sein, da sie sonst enorm viele Ressourcen binden. In Hinblick auf die klinische Forschung stellen wir fest, dass es ohne die Unterstützung der Pharmaindustrie auch für universitäre Zentren kaum noch möglich ist, klinische Studien in nennenswerter Zahl durchzuführen. Den Grund dafür sehe ich vor allem im durch gesetzliche Regularien enorm gestiegenen administrativen Aufwand. Diese Kooperation ist wichtig, darf jedoch nicht dazu führen, dass bestimmte für die Industrie weniger interessante Forschungsfragen gar nicht mehr gestellt werden. Für die Förderung von systemrelevanter klinischer Forschung sollte es daher eine industrieunabhängige Förderung geben.

Josef PROBST
Änderungen bei Früherkennungsprogrammen sind in Österreich habituell mit Anlaufproblemen durch Veränderungsgegner verbunden. Wir haben trotzdem das Brustkrebscreening qualitativ gesichert zustande gebracht. Zu kritisieren ist allerdings, dass bisher die nachgelagerten Assessmentsdaten aus den Spitälern nicht in das System integriert werden konnten. Es braucht aber genau diese Rückmeldungen, um aus den Daten lernen zu können. Zudem wünsche ich mir mehr Mut und Standhaftigkeit, wenn es darum geht, sich bei neuen und innovativen Umsetzungsansätzen einzubringen und diese mitzutragen. In der Medizin geht es nicht immer nur um neue Medikamente und neue Technologien. Wir haben enormen Innovationsbedarf im Bereich der Prozessoptimierung. Denken Sie als Beispiel an die flächendeckende und qualitätsgesicherte Koloskopie. Wir haben bislang nur eine freiwillige Qualitätssicherung, obwohl der Mehrwert evident ist und alle Patientinnen und Patienten eine gesicherte Qualität haben sollten. Zur Verfügbarkeit innovativer Therapien möchte ich sagen, dass wir generell in Österreich eine gute Position haben und Patienten einen schnellen Zugang zu neuen Therapien haben. Kritisch zu sehen ist aber, dass diese teilweise unverschämte teuer sind und in manchen Fällen nur zu einer relativ kurzen Verlängerung der Lebensdauer bei oft eingeschränkter Lebensqualität führen. Hier muss etwas geschehen. Mondpreise (©Frank Ulrich Montgomery) sind für mich inakzeptabel. Es muss hinterfragt werden, ob Medikamente nach Ausfinanzierung der Entwicklungskosten weiterhin Patentschutz genießen und den Pharmafirmen Milliardengewinne bescherten sollen. Ich wünsche

mir hier wirklich mehr Transparenz, d. h., die Pharmafirmen sollten ihre Forschungsausgaben und Produktionskosten offenlegen. Allein die Offenlegung würde extrem viel in die positive Richtung bewegen.

Franz BITTNER

Krebs wird zunehmend zu einer chronischen Erkrankung und aus meiner Sicht als Patientenvertreter ist der Bereich der Onkologie in Österreich prinzipiell sehr gut aufgestellt. Vor Kurzem gelang uns die Einführung von onkologischen Rehabilitation, wobei wir uns derzeit noch im flächendeckenden Aufbau einer ambulanten Onko-Reha in allen Bundesländern befinden. Eines muss aus meiner Sicht aber geändert werden: Patienten haben in Österreich noch immer keinen Rechtsanspruch auf Rehabilitation –

wie z. B. die unzulängliche Informations- und Kommunikationskultur zwischen stationärem und niedergelassenem Bereich. Oder wir sind stolz auf großartige Erkenntnisse in der onkologischen Grundlagenforschung, vernachlässigen aber seit Langem permanent die Forschung und Forschungsförderung zum Thema Früherkennung von malignen Erkrankungen. Obwohl das Wissen und die Fertigkeiten für eine effiziente Früherkennung in der Aus- und Weiterbildung der Ärzte kaum einen Platz haben, werden immer wieder zu lange Latenzzeiten bis zur Diagnosestellung beklagt. Besonders im niedergelassenen hausärztlichen Bereich wäre aber dieses wertvolle Wissen um Früherkennung bei anfangs meist sehr unspezifischen Symptomen eine äußerst wirksame Waffe im Kampf gegen maligne Krankheiten.

In Kooperation mit: **KURIER**

welche Information für wen wichtig ist. So sehe ich oft seitenlange Laborwerte in onkologischen Arztbriefen und hinterfrage, ob diese wirklich relevant sind. Eine allgemeine Information, etwa über das Behandlungsziel, wäre eventuell wichtiger und für alle Beteiligten notwendig.

Richard CREVENNA

Wir haben in unserer Klinik seit ca. 16 Jahren eine Spezialambulanz für onkologische Rehabilitation. Information ist aus meiner Sicht ein ganz entscheidender Part. Diese wird auch im Rahmen der Reha vermittelt, etwa in Form von Informationen über spezielle Ernährung, Bewegung etc. Allerdings braucht man, um Verhalten und Denkmuster langfristig zu verändern, immer wieder derartige Schulungen, also auch in Abständen nach Abschluss der Reha. Schulungen über diese Themen sind auch präventiv wichtig und sollten eigentlich bereits im Kindergarten in der Prägungsphase ansetzen – nicht erst in der Reha. Im Mai 2015 wurde die „Gesellschaft zur Erforschung onkologischer rehabilitativer Grundlagen“, kurz „GEORG“, ins Leben gerufen, welche am 22. Jänner 2016 in der Gesellschaft der Ärzte Wiens im Billrothhaus ihren ersten Kongress „OnkoReha interdisziplinär und multiprofessionell 2016“ veranstalten wird. Das Motto dieser geplanten Tagung weist auf die gelebte Interdisziplinarität und Multiprofessionalität auf dem Gebiet der Begleitung und Rehabilitation onkologischer Patienten hin.

Martin GLEITSMANN

Aus Sicht der Wirtschaft sind Themen wie Mitarbeitergesundheit enorm wichtig. Das Spannungsfeld zwischen Vereinbarkeit von Arbeit und Krankheit und dem Anspruch auf Rehabilitation beschäftigen uns ganz intensiv. In Österreich unterscheiden wir derzeit nur zwischen krank und gesund. Dazwischen liegt jedoch ein weites Feld. Die wünschenswerte Wiedereingliederung nach Krebs bei langen Krankheitsständen wird auch durch unsere Rechtslage erschwert. Andere Länder sind da schon weiter – so kann in Deutschland stufenweise wieder eingegliedert werden – mit einer schrittweisen Anpassung der Arbeitszeiten. In der Schweiz gibt es z. B. Teilkrankentage. Von diesen Beispielen müssen wir lernen und versuchen, für Österreich passende Lösungen auf Sozialpartnerebene zu verhandeln.

Wolfram SCHMIDT

Ich bin sehr glücklich über diesen interdisziplinären Dialog von Experten aus unterschiedlichen Bereichen, ist doch für Roche als sehr forschungsorientierter Konzern eine intensive Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen der Betroffenen und ihrer Angehörigen ganz wichtig. Mit den durchgeführten Dialogrunden wurde ein Prozess des Lernens voneinander gestartet. Derartige Initiativen unterstützen wir auch weiterhin, damit auch wirklich der Mensch als Individuum davon profitieren kann. ■

GESUNDHEIT 26

Den Menschen, nicht das Organ sehen

Alpbach. Experten diskutieren über die Chancen in der Onkologie in Österreich. Eine davon: Vernetzung

Über reden, was grundsätzlich schlagend ist, König werden wir zukunftsorientierter vertreten müssen – das für werden wir auch eine Finanzierung finden müssen. Zudem sind wir viel zu sehr von Indikatorenprozessen besessen abhängig. Das bedeutet, dass wir nicht mehr wissen, was wir tun müssen. Das ist die Aufgabe, die wir machen müssen. Das ist die Aufgabe, die wir machen müssen. Das ist die Aufgabe, die wir machen müssen.

Richard Crevenna (Univ.-Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation an der WU Wien): „Es braucht ein ganzheitliches Verständnis der Patienten. Das heißt, wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Martin Gleitsmann (Zentrum für Public Health an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfgang Buchberger (Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Christoph Singer (AKH Wien, Klin. Abteilung für Gynäkologie u. gynäkologische Onkologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Josef Probst (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfram Schmidt (Roche Austria GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Matthias Beck (Universität Wien, Institut für Moraltheologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Franz Bittner (Patientenombudsstelle der Ärztekammer für Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Christoph Singer (AKH Wien, Klin. Abteilung für Gynäkologie u. gynäkologische Onkologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Martin Gleitsmann (Zentrum für Public Health an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Richard Crevenna (Univ.-Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfgang Buchberger (Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Josef Probst (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfram Schmidt (Roche Austria GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Matthias Beck (Universität Wien, Institut für Moraltheologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Franz Bittner (Patientenombudsstelle der Ärztekammer für Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Christoph Singer (AKH Wien, Klin. Abteilung für Gynäkologie u. gynäkologische Onkologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Martin Gleitsmann (Zentrum für Public Health an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Richard Crevenna (Univ.-Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfgang Buchberger (Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Josef Probst (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfram Schmidt (Roche Austria GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Matthias Beck (Universität Wien, Institut für Moraltheologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Franz Bittner (Patientenombudsstelle der Ärztekammer für Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Christoph Singer (AKH Wien, Klin. Abteilung für Gynäkologie u. gynäkologische Onkologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Martin Gleitsmann (Zentrum für Public Health an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Richard Crevenna (Univ.-Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfgang Buchberger (Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Josef Probst (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfram Schmidt (Roche Austria GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Matthias Beck (Universität Wien, Institut für Moraltheologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Franz Bittner (Patientenombudsstelle der Ärztekammer für Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Christoph Singer (AKH Wien, Klin. Abteilung für Gynäkologie u. gynäkologische Onkologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Martin Gleitsmann (Zentrum für Public Health an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Richard Crevenna (Univ.-Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfgang Buchberger (Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Josef Probst (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfram Schmidt (Roche Austria GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Matthias Beck (Universität Wien, Institut für Moraltheologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Franz Bittner (Patientenombudsstelle der Ärztekammer für Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Christoph Singer (AKH Wien, Klin. Abteilung für Gynäkologie u. gynäkologische Onkologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Martin Gleitsmann (Zentrum für Public Health an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Richard Crevenna (Univ.-Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfgang Buchberger (Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Josef Probst (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfram Schmidt (Roche Austria GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Matthias Beck (Universität Wien, Institut für Moraltheologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Franz Bittner (Patientenombudsstelle der Ärztekammer für Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Christoph Singer (AKH Wien, Klin. Abteilung für Gynäkologie u. gynäkologische Onkologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Martin Gleitsmann (Zentrum für Public Health an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Richard Crevenna (Univ.-Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfgang Buchberger (Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Josef Probst (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfram Schmidt (Roche Austria GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Matthias Beck (Universität Wien, Institut für Moraltheologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Franz Bittner (Patientenombudsstelle der Ärztekammer für Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Christoph Singer (AKH Wien, Klin. Abteilung für Gynäkologie u. gynäkologische Onkologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Martin Gleitsmann (Zentrum für Public Health an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Richard Crevenna (Univ.-Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfgang Buchberger (Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Josef Probst (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfram Schmidt (Roche Austria GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Matthias Beck (Universität Wien, Institut für Moraltheologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Franz Bittner (Patientenombudsstelle der Ärztekammer für Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Christoph Singer (AKH Wien, Klin. Abteilung für Gynäkologie u. gynäkologische Onkologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Martin Gleitsmann (Zentrum für Public Health an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Richard Crevenna (Univ.-Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfgang Buchberger (Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Josef Probst (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfram Schmidt (Roche Austria GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Matthias Beck (Universität Wien, Institut für Moraltheologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Franz Bittner (Patientenombudsstelle der Ärztekammer für Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Christoph Singer (AKH Wien, Klin. Abteilung für Gynäkologie u. gynäkologische Onkologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Martin Gleitsmann (Zentrum für Public Health an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Richard Crevenna (Univ.-Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfgang Buchberger (Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Josef Probst (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfram Schmidt (Roche Austria GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Matthias Beck (Universität Wien, Institut für Moraltheologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Franz Bittner (Patientenombudsstelle der Ärztekammer für Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Christoph Singer (AKH Wien, Klin. Abteilung für Gynäkologie u. gynäkologische Onkologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Martin Gleitsmann (Zentrum für Public Health an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Richard Crevenna (Univ.-Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfgang Buchberger (Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Josef Probst (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfram Schmidt (Roche Austria GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Matthias Beck (Universität Wien, Institut für Moraltheologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Franz Bittner (Patientenombudsstelle der Ärztekammer für Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Christoph Singer (AKH Wien, Klin. Abteilung für Gynäkologie u. gynäkologische Onkologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Martin Gleitsmann (Zentrum für Public Health an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Richard Crevenna (Univ.-Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfgang Buchberger (Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Josef Probst (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfram Schmidt (Roche Austria GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Matthias Beck (Universität Wien, Institut für Moraltheologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Franz Bittner (Patientenombudsstelle der Ärztekammer für Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Christoph Singer (AKH Wien, Klin. Abteilung für Gynäkologie u. gynäkologische Onkologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Martin Gleitsmann (Zentrum für Public Health an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Richard Crevenna (Univ.-Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfgang Buchberger (Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Josef Probst (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfram Schmidt (Roche Austria GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Matthias Beck (Universität Wien, Institut für Moraltheologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Franz Bittner (Patientenombudsstelle der Ärztekammer für Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Christoph Singer (AKH Wien, Klin. Abteilung für Gynäkologie u. gynäkologische Onkologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Martin Gleitsmann (Zentrum für Public Health an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Richard Crevenna (Univ.-Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfgang Buchberger (Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Josef Probst (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfram Schmidt (Roche Austria GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Matthias Beck (Universität Wien, Institut für Moraltheologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Franz Bittner (Patientenombudsstelle der Ärztekammer für Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Christoph Singer (AKH Wien, Klin. Abteilung für Gynäkologie u. gynäkologische Onkologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Martin Gleitsmann (Zentrum für Public Health an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Richard Crevenna (Univ.-Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfgang Buchberger (Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Josef Probst (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfram Schmidt (Roche Austria GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Matthias Beck (Universität Wien, Institut für Moraltheologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Franz Bittner (Patientenombudsstelle der Ärztekammer für Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Christoph Singer (AKH Wien, Klin. Abteilung für Gynäkologie u. gynäkologische Onkologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Martin Gleitsmann (Zentrum für Public Health an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Richard Crevenna (Univ.-Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfgang Buchberger (Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Josef Probst (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfram Schmidt (Roche Austria GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Matthias Beck (Universität Wien, Institut für Moraltheologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Franz Bittner (Patientenombudsstelle der Ärztekammer für Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Christoph Singer (AKH Wien, Klin. Abteilung für Gynäkologie u. gynäkologische Onkologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Martin Gleitsmann (Zentrum für Public Health an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Richard Crevenna (Univ.-Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfgang Buchberger (Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Josef Probst (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfram Schmidt (Roche Austria GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Matthias Beck (Universität Wien, Institut für Moraltheologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Franz Bittner (Patientenombudsstelle der Ärztekammer für Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Christoph Singer (AKH Wien, Klin. Abteilung für Gynäkologie u. gynäkologische Onkologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Martin Gleitsmann (Zentrum für Public Health an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Richard Crevenna (Univ.-Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfgang Buchberger (Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Josef Probst (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfram Schmidt (Roche Austria GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Matthias Beck (Universität Wien, Institut für Moraltheologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Franz Bittner (Patientenombudsstelle der Ärztekammer für Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Christoph Singer (AKH Wien, Klin. Abteilung für Gynäkologie u. gynäkologische Onkologie): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Walter Berger (MedUni Wien, Institut für Krebsforschung): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Martin Gleitsmann (Zentrum für Public Health an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Richard Crevenna (Univ.-Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation an der WU Wien): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfgang Buchberger (Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Josef Probst (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“

Wolfram Schmidt (Roche Austria GmbH): „Wir müssen die Bedürfnisse der Patienten verstehen und sie in den Mittelpunkt stellen.“</

Harm Reduction: Österreichs Standing ist gut, aber der Blick über den Tellerrand bleibt essentiell!

Das heimische Versorgungskonzept im Bereich von Abhängigkeitserkrankungen kann man als beispielgebend für andere europäische Länder bezeichnen. So stellt etwa der österreichische „Bericht zur Drogen-situation“ des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahr 2014 insbesondere dem Bereich „drogenbezogene Behandlungen“ ein positives Zeugnis aus. Der Drogenkonsum unterliegt zweifelsfrei einer globalen Dynamik, ebenso wie das Denken über Suchterkrankungen sowie entsprechende Versorgungskonzepte an sich. Das unterstreicht der aktuelle Report vom European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Unter der Bezeichnung „Harm Reduction“ werden schadensmindernde Maßnahmen zusammengefasst, die Leid und Folgeschäden im Zusammenhang mit dem Gebrauch von (illegalen) Drogen verhindern sollen. Dieses Konzept wird bereits seit einigen Jahren auf europäischer und nationaler Ebene verfolgt und war Titel und Dachthema eines prominent besetzten und von Armin Fidler moderierten Gipfelgesprächs auf der Schafalm, bei dem u.a. die Schlagworte Suchtverhalten, Substitutionsbehandlung und Patientenversorgung aufgegriffen wurden. Besonders spannend dabei war der Vergleich zwischen Österreich und der Schweiz.

Von Maximilian Kunz, MAS, MBA



v. l.: Max Wellan, Martin Schaffennath, Artur Wechselberger, Alfred Springer, Max Wudy, Thilo Beck, Thomas Schwarzenbrunner, Sylvia Libiseller, Wolfgang Werner, Armin Fidler

Thilo BECK

Als private NGO in Zürich betreuen wir etwa 900 opioidabhängige Substitutionspatienten und ca. 1000 Patienten mit problematischem Konsum anderer Substanzen. In Bezug auf die Wahl der Substanzen sind die Schweizer Konsumenten im europäischen Vergleich als konservativ einzuschätzen. In Reihenfolge der Häufigkeit werden auf stabilem Niveau Alkohol, Cannabis, Kokain, MDMA (Ecstasy), Amphetamine und Heroin konsumiert. Neue psychoaktive Substanzen (NPS) – auch bekannt unter Research Chemicals oder Legal Highs – werden kaum konsumiert. Trotz des umfangreichen Drogenangebots in der Schweiz verzeichnen wir keine Zunahme der Konsumprävalenzen bei den einzelnen Substanzen. Der Partydrogenkonsum (MDMA, Amphetamine) scheint kompensiert stutzzufinden, ohne Beanspruchung des Behandlungssystems. Bei den Heroinkonsumenten gibt es kaum Neuzugänge, von der alternden Gruppe der Opioidabhängigen befinden sich ca. 70 Prozent in Substitutionsbehandlung, die mit einer großen Bandbreite an Ersatzsubstanzen angeboten wird. Methadon liegt

dabei mit etwa 60 Prozent immer noch an der Spitze, mit rückläufigem Trend, der der Zunahme der Behandlungen mit retardiertem Morphin geschuldet ist. Im Bereich der heroingestützten Behandlung (Anteil ca. zehn Prozent) befinden sich konstant 1500 Patienten, eine weitere Zunahme ist aufgrund der im Vergleich zur regulären

Substitution immer noch sehr restriktiven Behandlungsbedingungen nicht zu erwarten. Die bisher dreigeteilte Schweizer Suchtstrategie wird aktuell abgelöst von einer kohärenten, alle Substanzen umfassenden Strategie. So notwendig dieser Schritt ist, er stößt bei einigen Interessengruppen, die stark mit der Industrie verbunden sind,

auf Widerstand – besonders im legalen Bereich, also bei Alkohol und Tabak. Die Regulierungsdiskussion zu Cannabis läuft gut und gestaltet sich als Bottom-up-Prozess, gegen den Widerstand der politischen Mehrheit auf Bundesebene getrieben von den Städten, in denen der Problemdruck bezüglich Drogenkonsum und -szenen am größten ist. Ziel ist eine regulierte Cannabisabgabe. Diverse Städte arbeiten an Pilotprojekten, wobei Genf am weitesten fortgeschritten ist. Eine der wesentlichen Stärken des Versorgungssystems in der Schweiz ist die insgesamt sehr gute Einbindung der Opioidabhängigen in Substitutionsbehandlungen. Über die Kantone betrachtet, sind aber leider immer noch Lücken feststellbar, mit Kantonen, die weder heroingestützte Behandlung noch Konsumräume anbieten. Auch im dezentral organisierten Strafvollzug sind große Unterschiede und Lücken in den Versorgungsangeboten zu beklagen. Bleiben wir in die Zukunft, so stellen wir fest, dass die Behandlung von Opioidabhängigen zunehmend komplexer wird. Besonders weil diese Patientengruppe älter und damit multimorbider wird – auf physischer und psychischer Ebene. Auch

der fortschreitende Ärztemangel, allgemein und im Speziellen im Suchtbereich, und die stärker werdende Demontage des Solidaritätsprinzips im Gesundheitswesen bereiten uns Sorge. Als Fachleute müssen wir uns aktiv für eine Verbesserung in diesen Bereichen einsetzen.

Alfred SPRINGER

In Österreich folgt, nicht anders als in der Schweiz, der Konsum illegaler Suchtmittel einem konservativen Muster. Die so genannten neuen Drogen werden zwar in den Medien problematisiert, die Konsumstatistik lässt aber erkennen, dass sie in sehr geringem Ausmaß gebraucht werden. Der Amphetaminkonsum gestaltet sich regional stark unterschiedlich. Der Cannabisgebrauch ist traditionell in einem gewissen Ausmaß entkriminalisiert (bei Erstgebräuchern) und es stehen auch THC-Präparate zur medizinischen Versorgung zur Verfügung. Andererseits stehen laut Statistik die meisten Straftaten in Zusammenhang mit Drogen im Kontext von Cannabisbesitz, -gebrauch und -produktion. Bei den Einsteigern spielen Opiode eine immer geringere Rolle. Insofern erscheint die Szene stabil. Was Substitutionsbehandlung betrifft, steht Österreich im internationalen Vergleich gut da. Zur Herointhematik habe ich selbst eine Expertise verfasst, die aber nicht weiter diskutiert wurde. In Österreich fehlt in der Angebotspalette die injizierende Form der Substitution. Heroin wird hierzulande nicht abgegeben. Wir verfügen auch nicht über Konsumräume, da diese in Österreich den Verantwortlichen aus regionalpolitischen, ethischen und moralischen Gründen nicht vertretbar erscheinen. Alle österreichischen Regionen bekennen sich zum Prinzip der Harm Reduction. In Wien wird dieses auch weitgehend verwirklicht, während in ländlichen Gebieten der Harm-Reduction-Ansatz nicht so gut umsetzbar erscheint. Auf internationaler Ebene ist als neues Phänomen zu orten, dass der zunehmende und nicht verschreibungskonforme Gebrauch von Opioiden in stärkerem Ausmaß als bisher problematisiert wird. In diesem Prozess verschwimmen die Grenzen zwischen Schmerz- und Substitutionsbehandlung. Aus diesem Trend können sich neue Probleme und Aufgabenbereiche für die Substitutionsbehandlung ergeben, auf die wir uns rechtzeitig vorbereiten müssen.

Max WUDY

Ich bin Allgemeinmediziner und biete einen niederschweligen Zugang in meiner Praxis. Dadurch habe ich sehr viele Substitutionspatienten, was auch mit der Novelle aus dem Jahr 2006/07 zusammenhängt. Anders als viele meiner Kollegen machte ich damals die entsprechende Ausbildung und durfte daher weiter substituieren. Die Akzeptanz meiner nicht suchtkranken Patienten gegen-

über den Substitutionspatienten ist gegeben, Zwischenfälle gibt es eigentlich nie. Knapp die Hälfte meiner Substitutionspatienten befindet sich wieder im Arbeitsprozess oder ist aus diesem nie ausgeschieden. Natürlich versuche ich im Rahmen der Behandlung, alle der „erweiterten Therapie“ (Psychiater, Psychotherapie, Sozialarbeiter) zuzuführen, leider sind die Ressourcen beschränkt. Ich wünsche mir, dass in Zukunft ausschließlich drei Faktoren die Therapie bestimmen. Die Indikation muss korrekt sein, der Patient muss einverstanden sein und der behandelnde Arzt muss die entsprechende Zusatzqualifikation haben. Alle anderen Restriktionen durch Verwaltung und Gesetzgeber sind entbehrlich und gefährden den Erfolg der Therapie.

Artur WECHSELBERGER

In Tirol ist es ähnlich wie von Dr. Wudy beschrieben. Durch das Inkrafttreten der neuen Bestimmungen hat die Zahl der substituierenden Ärzte stark abgenommen – in manchen Bezirken gibt es gar keine mehr. Das liegt neben dem Mehraufwand der Absolvierung der gesetzlich vorgegebenen Aus- und Fortbildung sicherlich auch daran, dass das Klientel im Umgang oft nicht einfach ist und manche Kollegen wohl auch fürchten, es könne zu Problemen mit den anderen Patienten kommen. Die rasante Rückläufigkeit der substituierenden Ärzte entwickelt sich zunehmend zu einem Problem. Letztlich sind auch die diesbezüglichen Krankenseinrichtungen in Tirol begrenzt. Hinzu kommt die Tatsache, dass die Substitution für den Arzt ja auch wirtschaftlich nicht gerade interessant ist. Demnach ist es schwierig, junge Kolleginnen und Kollegen dazu zu motivieren. Die Gesellschaft muss sich auch endlich dazu bekennen, dass Sucht eine chronische Erkrankung ist und die Patienten behandelt werden müssen. Erforderlich ist dafür eine niederschwellige und wohnortnahe Behandlung. Um die Ressourcen dafür zu schaffen, müssen wir auch von der spürbaren latenten Kriminalisierung im weitesten Sinn wegkommen.

Wolfgang WERNER

Tatsache ist, dass viele Drogenabhängige auch andere psychiatrische Probleme haben. So gesehen ist die Einbindung der Psychiater sinnvoll und begrüßenswert. Derzeit ist das leider nicht ausreichend der Fall, was sicher auch an Berührungängsten seitens der Psychiater liegt. Den Wunsch, Substitutionsbehandlung anzubieten, sehe ich bei Psychiatern teils sogar noch geringer ausgeprägt als bei den Allgemeinmedizinern – also unter zehn Prozent. Diese Berührungängste hängen vielleicht z.T. mit

dem bereits diskutierten Stigmatisierungsproblem zusammen (auch Psychiater sind natürlich nicht frei von Vorurteilen), haben aber sicher auch viel mit der für Ärzte prekären rechtlichen Stellung der Substitutionsbehandlung zu tun: Nirgendwo sonst in der Medizin ist man so nahe an schweren strafrechtlichen Tatbeständen. Schon bloße Anschuldigungen können zur Ordinations-schließung führen, was selbst dann existenzbedrohend werden kann, wenn es letztlich zu einem Freispruch kommt – Verfahren dauern ja bekanntlich oft sehr lange. Auch Psychiater benötigen übrigens eine entsprechende Zusatzausbildung, sofern sie Substitutionsbehandlung anbieten möchten. Der dadurch entstehende Zusatzaufwand sollte entsprechend honoriert werden.

Max WELLAN

Die österreichischen Apothekerinnen und Apotheker waren – im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern – von Anfang an in der Substitutionstherapie engagiert. Außerdem haben wir immer schon Spritzen und Nadeln in der Apotheke abgegeben. Im Nachtdienst besonders häufig. Damit haben wir sicherlich einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet, dass die HIV- und HCV-Rate in Österreich vergleichsweise niedrig ist. Dadurch, dass wir die Patienten im Rahmen der Substitutionstherapie meist täglich persönlich beraten, sind wir eine Stütze in der Therapiebegleitung. Durch die oft jahrelange Betreuung baut sich häufig ein Vertrauensverhältnis auf, wodurch man in den krankheitsbedingt schwierigen Phasen Hilfestellungen geben kann. Dabei ist uns die Enttabuisierung ein großes Anliegen.

Die Betreuung ist in den normalen Arbeitsablauf in der Apotheke integriert und die Patienten werden wie alle anderen Kunden auch behandelt.

Sylvia LIBISELLER

In unseren Suchtberatungsstellen arbeiten im Rahmen der substituiergestützten Behandlung die psychosoziale Betreuung und die behandelnden Ärzte eng zusammen. Damit können die Patienten in ihrer Situation umfassend und gut begleitet werden. Unser Modell sieht vor, dass der zeitintensive Einstieg in die Behandlung in den Beratungsstellen bzw. Ambulanzen erfolgt. Die laufende Weiterbetreuung sollte von den niedergelassenen Ärzten übernommen werden. Spezielle Zielgruppen wie Jugendliche, Schwangere und Non-compliant-Patienten sollten während der ganzen Behandlung in der Beratungsstelle betreut werden. Leider ist jedoch die Anzahl der substituierenden Ärzte seit der Suchtgifverordnung kontinuierlich zurückgegangen. Inzwischen gibt es ganze Bezirke, in denen kein einziger nie-

In Kooperation mit:
KURIER

dergelassener Arzt substituiert. Dadurch müssen die Patienten weite Anfahrtswege für die monatliche Weiterverschreibung in Kauf nehmen. Zu wünschen wäre, dass alle Systempartner zusammenwirken, damit auch in Zukunft die substituiergestützte Behandlung flächendeckend, leicht erreichbar und mit genügend Ressourcen ausgestattet angeboten werden kann.

Thomas SCHWARZENBRUNNER

In Bezug auf die Opioidsubstitution sehe ich Probleme im Bereich der strukturellen Versorgung. Diese wurden ja in der Verordnungsumsetzung vom März 2007 neu geregelt. In Oberösterreich hatten wir bis dahin ein gut funktionierendes dezentrales System, in dem viele Ärzte wenige Patienten betreuten. Das erscheint mir im Sinne einer Generation, die dieses Patientengut optimal betreuen möchte, verträglich und sinnvoll. Seit der Verordnungsumsetzung ist ein klarer Trend hin zur Spezialisierung und Konzentration auf einzelne Ärzte zu beobachten. Durch die steigende Inanspruchnahme der Behandlung durch Suchtkranke erhöht sich die Konzentration weiter. Ich sehe dringenden Handlungsbedarf, dieses System wieder auf Schiene zu bringen und Anreize zu schaffen, dass niedergelassene Ärzte wieder vermehrt die Substitutionsbehandlung anbieten. Der Gewinn aus der Verordnungsumsetzung ist, dass wir begonnen haben, ein Dualsystem aufzubauen, in dessen Rahmen neben den niedergelassenen Ärzten auch entsprechende Zentren in die Versorgung von Suchtkranken eingebunden werden.

Martin SCHAFFENRATH

Substitutionskrankheiten sind für uns ein wesentlicher kostentreibender Faktor. In Österreich zeigt eine Versorgungslandkarte der GÖG/ÖBIG zum Stichtag 30. 06. 2013 auf, wo die rund 500 substituierbehandelnden, versorgungswirksamen Ärzte tätig sind. Mehr als die Hälfte davon gibt es in Wien. Parallel sind es in manchen Bundesländern nur elf Anbieter – wie etwa in Vorarlberg. Der erste Ansprechpartner sollte der Allgemeinmediziner sein. Für diesen sollten Anreize geschaffen werden. Den Schlüssel sehe ich weniger alleine in den monetären Mitteln als in einem Anreizsystem. Harm Reduction ist für mich die effektivste und kosteneffizienteste Form. Es sollte die Bestrebung dahingehend sein, den Harm-Reduction-Ansatz weiter auszubauen und auch die Bundesländer davon zu überzeugen. ■

ogabs



Thilo Beck, Arud Zentren für Suchtmedizin, Zürich



Alfred Springer, Ost. Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit



Armin Fidler, PERI Group

In Kooperation mit:
KURIER

Die Niere – Renaissance eines vergessenen Organs

In Österreich galt die Niere lange als „vergessenes Organ“. Im Rahmen der Gesundheitsreform wurde nun die Chance zur Implementierung einer strukturellen Nierenversorgung ermöglicht. Das von der Österreichischen Gesellschaft für Nephrologie entwickelte Prevention Program Chronic Diseases (PPCD) definiert die Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie von einer Leistungsreduktion der Niere auf 60 Prozent als wichtigste Ziele. Dadurch können rechtzeitig Maßnahmen gegen die Progression des Nierenfunktionsverlusts ergriffen werden und Betroffene über die Möglichkeiten der Nierenersatztherapie, die ab einer Leistung von weniger als 20 Prozent unausweichlich ist, aufgeklärt werden.



Von Maximilian Kunz, MAS, MBA

Alexander ROSENKRANZ

Bei Diagnose einer Eiweißausscheidung im Harn bzw. des Unterschreitens einer Nierenfunktion von 60 Prozent müssen entsprechende Maßnahmen gesetzt werden, um die weitere Funktionsabnahme der Niere zu verzögern oder zu verhindern. Wenn eine Restfunktion von 20 Prozent oder weniger vorliegt, soll eine umfassende Aufklärung des Patienten über die unterschiedlichen Formen der Nierenersatztherapie eingeleitet werden. Im Rahmen einer optimalen Versorgung ist es essenziell, dass der Patient die Wahl zwischen den unterschiedlichen – im individuellen Fall anwendbaren – Ersatztherapiemöglichkeiten hat. Das setzt freilich voraus, dass er im Vorfeld umfassend informiert wurde bzw. dass er aufgeklärt ist. Die Kommunikation zwischen Arzt, Pflege, Diätberatung, Sozialarbeiter und Patient ist daher von entscheidender Bedeutung. Vor etwa einem Jahr wurde in der Landeszielsetzungskommission der Steiermark beschlossen, das Konzept Niere 60/20 bzw. „niere schützen“ umzusetzen. So entwickelten wir ein Basis-Diagnose-Chart, das diejenigen Menschen erfassen soll, welche ein hohes Risiko für eine Nierenfunktionsverschlech-

terung und ein kardiovaskuläres Ereignis wie Schlaganfall oder Herzinfarkt aufweisen. Der Kick-off unter dem Namen „niere schützen“ ist für Oktober 2015 geplant.

Teilnehmer (in alphabetischer Reihung):

- Franz BITTNER | Patientenombudsstelle der Ärztekammer Wien
- Dr. Christoph DACHS | Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin
- Prim. Prof. Dr. Karl LHOTTA | Landeskrankenhaus Feldkirch, Abteilung für Nephrologie und Dialyse
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Erich POHANKA | AKH Linz, 2. Medizinische Abteilung für interne Medizin
- Univ.-Prof. Dr. Alexander ROSENKRANZ | LKH-Univ. Klinikum Graz, Klinische Abteilung für Nephrologie
- Egon SAURER | Arbeitsgemeinschaft Niere Österreich
- Mag. Martin SCHAFFENRATH | Hauptverband der Sozialversicherungsträger
- Ing. Gernot WASTE | IG Dialysepatienten und Nierentransplantierte Kärntens
- Moderation: Robert RIEDL | PERI Group

Die Risikofaktoren sind Hypertonie, Diabetes, Adipositas sowie eine Nierenerkrankung in der Familie. Der alleinige Nachweis einer Eiweißausscheidung im Harn

wenig Hoffnung, das Versorgungskonzept Niere 60/20 bzw. „niere schützen“ im einwohnerstärksten Bundesland zeitnahe etablieren zu können.

Martin SCHAFFENRATH

Die Entwicklungen in der Steiermark sind zu begrüßen. Ziel sollte eine flächendeckende Anwendung für ganz Österreich sein. Leider gestaltet sich die Kooperation mit den einzelnen Ländern nicht immer zeiteffizient. Im Übrigen haben wir erst unlängst in unseren Reihen darüber gesprochen, dass für die Selbsthilfegruppen, die entscheidende Arbeit leisten, mehr Geld in die Hand genommen werden muss. Derzeit gibt es Förderungen für den Dachverband. In jedem Fall müssen wir die Gesundheitskompetenz jedes einzelnen Menschen stärken. Ich für meinen Teil werde mich dafür einsetzen, das Projekt Niere 60/20 flächendeckend zu etablieren.

Erich POHANKA

Das Versorgungskonzept Niere 60/20 ist eine Initiative der Österreichischen Gesellschaft für Nephrologie. Viele wissen nicht, dass das Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen schon in frühen Stadien einer chronischen Nierenerkrankung dramatisch ansteigt. Benötigt der Patient erst einmal eine Nierenersatztherapie, so belaufen sich die Kosten für ihn auf durchschnittlich 60.000 Euro pro Jahr. Von diesem Projekt

würden also auch die Kostenträger profitieren. Wir konnten zwar bisher einiges erreichen und haben umfassende Medienarbeit betrieben. Wie gut das Projekt aber letztlich beim Hausarzt ankommt, bleibt zu hinterfragen. Ziel muss sein, das Projekt im Landeszielsetzungskatalog aller Bundesländer zu verankern.

Christoph DACHS

Das Konzept Niere 60/20 sehe ich – wie jedes strukturierte Programm – ausgesprochen positiv und als Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM) stehen wir hinter jedem Projekt, das die Qualität der Versorgung verbessert. Auch beim Disease-Management-Programm (DMP) Diabetes wird besonderes Augenmerk auf die Niere gelegt. Als wir dieses in Salzburg evaluiert haben, hat sich herausgestellt, dass sich die Betreuung der Diabetiker verbessert hat, da das DMP Awareness geschaffen hat – und aus meiner Sicht geht es auch sehr stark um Bewusstseinsbildung. Die wichtige Aufgabe der Risikodarstellung in Zusammenhang mit der Niere wird seitens der Allgemeinmediziner umfassend wahrgenommen und es ist uns bewusst, dass es Risikogruppen gibt, bei denen wir im Speziellen auf die Niere achten müssen. Ich bedaure, dass die Anzahl der teilnehmenden Kollegen im Rahmen des Versorgungskonzepts Niere 60/20 aktuell noch etwas verhalten ist. Die Gründe hierfür orte ich im zusätzlichen Aufwand – etwa im Rahmen der Erstein-schreibung. An Motivationsfaktoren mangelt es jedoch nicht. Zeit und Geld sind natürlich ein Thema, beides möchte ich an dieser Stelle aber an den Rand stellen. Zudem sehe ich etwa ein Defizit im Bereich der spezifischen Fortbildung. Vielleicht kann man ja im Rahmen der Ausbildungsreform langfristig etwas bewegen.

Egon SAURER

Als Patientenvertreter sind wir ehrenamtlich in Form eines Vereins organisiert. Aufgrund unserer persönlichen Erfahrung ist unser Wissen auf dem Gebiet freilich sehr fortgeschritten und wir können damit sicherlich einiges beitragen. Patienten wollen – ebenso wie Ärzte – eine effiziente und optimale Betreuung. Was die Versorgungsstruktur der kommenden Jahre betrifft, sind wir aktuell aber etwas in Sorge. Wir fürchten, dass sich der zunehmende Ärztemangel weiter fortsetzen wird. Der Strukturplan Gesundheit 2012 besagt, dass in Österreich ca. 600.000 Menschen an Diabetes und 2,4 Mio. an überhöhtem Blutdruck leiden. Diese Menschen sind die potenziellen Nierenpatienten von morgen. Uns Patienten ist es ein essen-

GESUNDHEIT 22 | Kurier.at | Samstag 5. September 2015

Erkennen, behandeln, überleben

Alpbach. Das Versorgungskonzept „Niere 60/20“ soll helfen, Leben zu retten. Die Steiermark führt es ab 2016 ein

DIE „ÖSTERREICHISCHE NIERE“ – POLITISCHE FORDERUNGEN
Präventionsprogramm zur Verhinderung chronischer Erkrankungen (PPCD)

- Diagnostik
- Klassifizierung der Erkrankung
- Therapien zur Vermeidung des Fortschreitens der Erkrankung
- Kontinuierliche Anpassung (Modifikation) der verwendeten Medikamente

AUSWAHL Es müssen geeignete Abläufe zur Ausbildung von Nephrologen vorhanden sein. **BEISPIEL VON KOSTEN-SPARMASSNAHMEN** durch Vermeidung von zentralen Labordiagnostik

- 10 mehr Lebensjahre pro Patient
- 38 Mio. Euro Kostensparung
- 3000 mehr Lebensjahre

ALTER

100

LEISTUNGSFÄHIGKEIT DER NIEREN

100

SELEKTION DER NIERENPARAMETER bei Menschen mit Bluthochdruck und Diabetes, bei Adipositas (starkem Übergewicht) und familiärer Nierenerkrankung

LEISTUNGSFÄHIGKEIT

60%

EVALUATION ob Hochrisikopatient (Fortschreiten der Erkrankung und kardiovaskuläre Komplikationen)

JA

NEIN

weitergeleiteter Bereich

LEISTUNGSFÄHIGKEIT

20%

VORBEREITUNG DER ERNÄHRUNGSEMPFEHLUNGEN

STRUKTURIERTER EINWISUNG DES PATIENTEN IN DIE ERNÄHRUNG

NEIN

JA

Es ist für Patienten am besten mit medikamentöser Therapie

NIEREN-ERSATZ-THERAPIE

- Nieren-Transplantation
- Peritonealdialyse
- Hämodialyse
- Hämodialyse „Strawberry“
- Konservatives Management
- Medikamentöse Therapie

„Es gilt, bei den Risikogruppen vor allem die renalen Parameter zu messen.“
Karl Lhotta

Schleichende Gefahr
Karl Lhotta von der ÖGAM: „Die meisten Patienten wissen nicht, dass sie über längere Zeit betroffen sind.“

„Das Konzept 60/20 bringt nicht nur dem Patienten etwas – sondern auch dem Kostenträger.“
Erich Pohanka

Projekt Niere „60/20 – Early Start“ rollt an
Ab 2016. Neues Konzept in der Steiermark

Ab 2016. Neues Konzept in der Steiermark
Ziel des Projekts 60/20 ist es, Patienten mit chronischer Nierenerkrankung rechtzeitig zu erkennen und darauf hinzuwirken, dass sie nicht zu spät in die Dialyse kommen. Die meisten Patienten wissen nicht, dass sie über längere Zeit betroffen sind.“



v. l.: Franz Bittner, Christoph Dachs, Alexander Rosenkranz, Karl Lhotta, Gernot Waste, Egon Saurer, Erich Pohanka, Martin Schaffenrath



Patientenbericht Hypercholesterinämie: Die Bevölkerung gehört erzogen!

Zwischen Herbst 2014 und Sommer 2015 wurde der 14. Österreichische Patientenbericht zum Thema Hypercholesterinämie erarbeitet. Unter Mitarbeit von 17 medizinischen und institutionellen Kooperationspartnern sowie mit Unterstützung des Unternehmens Amgen wurde eine bundesweite Patientenbefragung durchgeführt. Im Anschluss wurden die Daten durch das VIVIT-Institut in Feldkirch wissenschaftlich ausgewertet. Ein Gipfelgespräch auf der Schafalm stellte den Rahmen, in dem die Ergebnisse behandelt und diskutiert wurden. Im Mittelpunkt standen die Versorgungslage und die Bedürfnisse der Betroffenen mit stark erhöhten Cholesterinwerten. Auch der Unterschied zwischen den beiden Arten der Hypercholesterinämie (der familiären bzw. erblich bedingten und der durch den Lebensstil verursachten Hypercholesterinämie) spielte dabei eine Rolle. Hat ein Elternteil eine familiäre Hypercholesterinämie, gibt es eine 50-prozentige Wahrscheinlichkeit für das Kind, die Erkrankung zu erben. Der Verlauf dieser Form der stark erhöhten Cholesterinwerte ist viel gravierender und die medizinische Betreuung ist unumgänglich, um schwerwiegende Ereignisse wie frühzeitige Herzinfarkte zu verhindern.

Von Maximilian Kunz, MAS, MBA

Christoph SÄLY
Beim Blick auf die Altersverteilung zeigt sich, dass die am häufigsten betroffene Altersgruppe die 60–70-Jährigen sind, wobei das Geschlechterverhältnis ausgeglichen ist. Die meisten Patienten konnten in Wien erfasst werden. Auf die Frage, was gemäß der individuellen Meinung das Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden, am meisten erhöht, gaben mehr als 80 Prozent einen zu hohen Cholesterinspiegel an. Auf die Frage nach der subjektiv empfundenen Bedeutsamkeit im Rahmen der Therapie kristallisierte sich der Kostenersatz für die Medikamente heraus: Mehr als 50 Prozent der Betroffenen bewerteten diesen Faktor als „sehr wichtig“, weitere 30 Prozent als „wichtig“. Auch die umfassende Information über Risikofaktoren und Folgeerkrankungen war den Befragten ein Anliegen. Als Informationsquelle stand der Arzt an erster Stelle. Die eigenen Blutfettwerte erfuhr die Mehrheit der Befragten im Rahmen einer Routineuntersuchung und die Mehrheit der Patienten mit Hypercholesterinämie gab an, dass es ihr mit der Erkrankung eher gut gehe. Im Vergleich zu Umfragen über andere Erkrankungen gaben nur wenige an, dass es ihnen schlecht ginge. In knapp 50 Prozent der Fälle wurde die Diagnose durch den Hausarzt gestellt, dieser wurde auch als wichtigster Behandler angegeben. Fast 85 Prozent sind grundsätzlich mit ihrer medizinischen Betreuung zufrieden, 15 Prozent sind es nicht. Als Gründe wurden u. a. zu wenig Kontrollen, eine zu geringe Zahl an Fachärzten oder Stunnenverträglichkeit und andere Nebenwirkungen genannt. Mehrheitlich hat der untersuchte Personenkreis noch nichts von der familiären Hypercholesterinämie, also jener, die durch einen Gendefekt bedingt und vererblich ist, gehört. Überraschend wenige kennen ihre tatsächlichen Werte, wobei der LDL-Wert als wichtigster Parameter von nur 50 Prozent gekannt wird. Das durchschnittliche Netto-Haushaltseinkommen pro Monat liegt in Österreich bei 2.400 Euro. Das durchschnittliche Nettoeinkommen der Patienten liegt deutlich unter diesem Wert, wobei etwa ein Drittel von ihnen berufstätig war und nur bei einem Viertel der Arbeitgeber von der Erkrankung wusste. Etwa 60 Prozent aller Befragten nehmen cholesterinsenkende Medikamente.

GESUNDHEIT 22 | Donnerstag 10. September 2015 | KURIER

Wenn die Blutfette böse werden

Alpbach. Patienten berichteten über ihre Erfahrungen mit Hypercholesterinämie. Experten diskutierten diese



FAKTEN
Der 14. Patientenbericht
Wien hat die meisten Betroffenen
sind für Patienten die wichtigsten und häufigsten Informationsquellen
Kostenersatz für Medikamente ist 80 Prozent der Patienten wichtig
In Zahlen
60 Prozent der Patienten haben keinen cholesterinsenkenden Medikamenten
15 Prozent der Patienten sind mit ihrer Medikation unzufrieden

Das Wert ist bei uns unersprechlich. Dennoch sollte man seine Blutwerte regelmäßig kontrollieren lassen. Das ist ein wichtiger Punkt, um die Gesundheit zu überwachen und bei Bedarf rechtzeitig eingegriffen werden kann. Ein Arztbesuch ist dabei ein wichtiger Schritt, um die Blutwerte zu überprüfen und bei Bedarf eine Therapie zu erhalten. Ein Arztbesuch ist dabei ein wichtiger Schritt, um die Blutwerte zu überprüfen und bei Bedarf eine Therapie zu erhalten.



Herrn, v.l.: A. Herzig, A. Müller-Verspaender, M. Mahr, H. Dieplinger, H. Kratzer, H. Lindner, Ch. Sály, Herrn, v.r.: H. Schuller, R. Weißhauer, G. Hanauer-Mader, C. Schwald, A. Gresslmeier, M. Schuller

Manfred MAIER
Dass lediglich ein Viertel der Arbeitgeber über die Erkrankung ihrer Mitarbeiter Bescheid weiß, führe ich auch auf unsere Gesetzsache zurück. Hypercholesterinämie ist aber mit Sicherheit eine Krankheit, bei der dem Arbeitgeber von betroffenen Personen eine relevante Rolle zukommt. Er könnte und sollte nämlich, etwa in der Betriebsküche, durch ein entsprechendes Speisenangebot darauf eingehen. Dass ärmere Menschen ein höheres Risiko haben, daran zu erkranken, muss endlich von der Politik aufgegriffen

werden, indem z. B. der Umstieg auf gesunde Ernährung erleichtert wird. Der Hausarzt hat als erster Ansprechpartner eine entscheidende Rolle und große Verantwortung bei der Information der Patientinnen und Patienten mit Hypercholesterinämie, was auch seitens der Sozialversicherungsanstalten entsprechend gewürdigt werden müsste.

Hans DIEPLINGER
Der Patientenbericht gefällt mir sehr gut, wengleich nicht daraus hervorgeht, was uns aktuell noch alles in Bezug auf die familiäre

(also angeborene) Hypercholesterinämie (FH) fehlt. Hierzulande haben wir eine Häufigkeit von etwa 1:200 zu erwarten – also 0,5 Prozent der Gesamtbevölkerung. Das entspricht bis zu 40.000 Patienten mit FH alleine in Österreich, von denen rund 80 Prozent noch nichts von ihrer Erkrankung wissen. In anderen Ländern, ich denke etwa an Holland, ist man deutlich weiter. Dort hat man es bereits geschafft, ein nahezu flächendeckendes Register zu etablieren. Ein ebensolches haben wir als Österreichische Atherosklerose-Gesellschaft auch zum Ziel. Es könnte entscheidend dazu beitragen, die gigantische Lücke bei der Auffindung und Versorgung von FH-Patienten rasch zu schließen. Die entsprechenden Medikamente zur erforderlichen Behandlung hätten wir ja bereits – nun gilt es, diese Menschen zu identifizieren.

Alexander HERZOG
Es ist ein bekanntes Phänomen, dass in Österreich zu wenig Sport betrieben wird. Hierzulande tut das etwa jeder Dritte regelmäßig, gegenüber jedem Zweiten auf EU-Ebene. Unser Gesundheitssystem ermöglicht es den Menschen, älter zu werden, aber es fehlt an gesünderen Lebensjahren. Mit Aufklärung und umfassenden Präventionsmaßnahmen, zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen, wäre sicherlich viel getan. Die Menschen gestalten ihre Gesundheit eigenverantwortlich mit. Aus meiner Sicht brauchen sie besondere Anreizsysteme. Wir als SVA bieten unseren Versicherten daher unter anderem das Vorsorgeprogramm „Selbständig Gesund“ an. Hier kann der Selbstbehalt durch Erreichen von bestimmten Zielen von 20 auf zehn Prozent gesenkt werden. Damit diese erfüllt werden können, stellen wir unseren Versicherten spezielle Zusatzprogramme wie beispielsweise die Vorsorgecamps, die Gesundheitswochen oder den

Die wichtigsten Ergebnisse
1700 Patienten aus 12 Bundesländern nahmen an der Befragung teil. Die meisten gaben beim Thema Blutwerte an, dass sie noch nie einen Arztbesuch hatten, um ihre Blutwerte zu überprüfen. Ein Drittel der Patienten, bei denen Hypercholesterinämie diagnostiziert wurde, haben noch nie etwas von der Erkrankung erfahren. Das ist ein wichtiger Punkt, um die Blutwerte zu überprüfen und bei Bedarf eine Therapie zu erhalten.

Gabriele HANAUER-MADER
Familiäre Hypercholesterinämie hat in Österreich bei Weitem nicht den Bekanntheitsgrad, der ihr aufgrund ihrer Verbreitung eigentlich zustünde. Sie ist unterdiagnostiziert und untertherapiert. Vor allem deshalb,

weil es sich um eine stille Erkrankung ohne sichtbare Symptome handelt, die jedoch unbehandelt zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen führt. Aus meiner Sicht muss bei den Hausärzten – insbesondere in Bezug auf die familiäre Hypercholesterinämie – zusätzliches Bewusstsein geschaffen werden. Teilweise erreichen Betroffene von familiärer Hypercholesterinämie ihre Zielwerte auch mit medikamentöser Therapie nicht. Der Einsatz von innovativen Wirkstoffen könnte in diesem Fall von großem Nutzen sein. Das FH-Register-Projekt unterstützen wir als Patientenorganisation für Betroffene von familiär bedingten erhöhten Cholesterinwerten natürlich sehr – das würde uns in der Auffindung und Versorgung von Betroffenen einen großen Schritt weiterbringen.

Helmut SCHULTER und Roland WEIßSTEINER
Die Ergebnisse stimmen relativ genau mit unseren Beobachtungen überein. Schwer vorstellbar für uns ist, dass die Information mehrheitlich über den Hausarzt und nur zu knapp zehn Prozent über Selbsthilfen erfolgt. Die vierteljährlich erscheinenden Herzjournale thematisieren Cholesterin in nahezu jeder zweiten Ausgabe, werden aber vielleicht von den Betroffenen eher als Zeitschrift wahrgenommen denn als Initiative der Selbsthilfe. Auch bei den Herztagen, die es ja in allen Bundesländern gibt, ist Cholesterin ein Dauerthema. Zudem sind uns die genannten Gründe für Herzinfarkte ins Auge gestochen. Stress ist sicherlich ein gewichtiges Thema – aus unserer Sicht spielt jedoch auch die Angst um den Arbeitsplatz gerade mit hinein. Diese darf als Grund für einen Herzinfarkt nicht unterschätzt werden. Der Hausarzt ist für uns in allen genannten Punkten der wichtigste Partner, da er die erste Ansprechperson für den Patienten ist, zudem kennt er oft die Familie. Deshalb gewinnt er im Bereich der familiären Hypercholesterinämie an Bedeutung. Leider hat der praktische Arzt aber immer weniger Zeit, um sich tatsächlich mit dem Patienten auseinanderzusetzen.

Gudrun SEIWALD
Ich möchte die Rehabilitation nicht außer Acht lassen. In unseren 15 stationären und zwei ambulanten Rehabilitationseinrichtungen behandeln wir viele Herz-Kreislauf- sowie Stoffwechselerkrankungen. Das Problem ist, dass wir die Patienten oft erst bekommen, wenn sie bereits ein medizinisches Ereignis hatten. Die Problematik in unseren drei Stoffwechsellhäusern ist, dass Menschen häufig mit 120 oder mehr Kilo zu uns kommen und sich dann erstmals mit einer Reha konfrontiert sehen. Dann nehmen sie in wenigen Wochen vielleicht ein paar Kilo ab, kommen

Martin SCHAFFENRATH
Eine Zahl, die mir aufgefallen ist, ist die ATC-Gruppe C10, die den Lipidstoffwechsel beeinflussende Medikamente umfasst. Alleine in diesem Bereich geben wir in Österreich jährlich mehr als 92 Mio. Euro aus. Seitens der Sozialversicherung ist die Gesundheitskompetenz der Versicherten das Um und Auf. Jeder Autofahrer fährt mit seinem Auto einmal im Jahr zum Service und zur Überprüfung. So müsste letztlich auch mit dem eigenen Körper umgegangen werden. Es gibt Menschen, die bewusst ungesund leben, und die Sozialversicherung

Teilnehmer (in alphabetischer Reihenfolge):
Univ.-Prof. Dr. Hans DIEPLINGER | MedUni Innsbruck
Dr. Andreas GRESLEHNER | AUA, Ärztlicher Direktor
Gabriele HANAUER-MADER | FHChol Austria
Mag. Alexander HERZOG | Sozialversicherung der Gewerblichen Wirtschaft, Obmann-Stv.
Dr. Herwig LINDNER | Ärztekammer Steiermark, Präsident
Univ.-Prof. Dr. Manfred MAIER | AM Plus, MedUni Wien, Zentrum für Public Health
Univ.-Prof. Dr. Christoph SÄLY | VIVIT-Institut, LKH Feldkirch
Mag. Martin SCHAFFENRATH | Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Vorsitzender-Stv.
Helmut SCHULTER | Österreichischer Herzverband
Dr. Gudrun SEIWALD | PVA, Chefärztin
Roland WEIßSTEINER | Österreichischer Herzverband

ein paar Jahre später aber wieder und haben mehr Gewicht als vorher. Bei den niedergelassenen Ärzten ist es zu wenig bekannt, dass es auch eine Stoffwechsel-Reha gibt, in der Bewegung und Cholesterin ein Schwerpunkt ist – und das zu einem früheren Zeitpunkt. Die Betroffenen vier Wochen aus ihrem Alltag herauszunehmen und ihnen die Faktoren der Lebensstiländerung (Bewegung, Ernährung,...) zu zeigen, halte ich für sehr wichtig.

bezahlt immer. Eine Aufklärung über gesunde Lebensweisen (Bewegung, Ernährung etc.) und die eigene Gesundheitskompetenz ist zentral und muss bereits im Kindergarten beginnen. Die Tiroler Gebietskrankenkasse beispielsweise hat ein Projekt dazu initiiert.

Herwig LINDNER
Wir dürfen in der Interpretation dieses Patientenberichts einen Aspekt nicht außer

In Kooperation mit:
KURIER

Acht lassen, nämlich dass es neben der sekundären auch eine primäre Prävention gibt. Sprechen wir über Hypercholesterinämie, sind beide Bereiche entscheidend. Zentrales Anliegen für die Zukunft sollte die Stärkung der Primärprävention sein. Hier bestehen in Österreich große Defizite. Leider sind manche Patienten auch nicht gewillt, ihren Lebensstil zu ändern, und beanspruchen lieber immer wieder die „Reparaturmedizin“. Ein weiteres Handlungsfeld ist die familiäre Hypercholesterinämie. Un-erkannt hat diese fatale medizinische Folgen für die Betroffenen. Bewusstseinsbildung und gezielte Maßnahmen zur Exploration einer familiären Prädisposition müssen forciert werden. Ein Register kann dabei hilfreich sein.

Der österreichische Patientenbericht HYPERCHOLESTERINÄMIE wurde erstellt in Kooperation mit: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt; AM PLUS – Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz; FHChol Austria – Patientenorganisation für familiäre Hypercholesterinämie; Österreichische Adipositas Gesellschaft; Österreichische Apothekerkammer; Österreichische Ärztekammer; Österreichische Diabetesgesellschaft; Österreichische Gesellschaft für Endokrinologie und Stoffwechsel; Österreichische Kardiologische Gesellschaft; Österreichischer Herzfonds; Österreichischer Herzverband; Pensionsversicherungsanstalt; Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft; Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau; Wiener Gebietskrankenkasse. ■

ATC-145-0915-114784



v.l.: Helmut Schalter, Alexander Herzog, Roland Weißsteiner, Gabriele Hanauer-Mader, Manfred Maier, Hans Dieplinger, Gudrun Seiwald, Hanns Kratzer, Herwig Lindner, Andreas Gresslmeier, Christoph Sály, Martin Schaffennath

Impfen – quo vadis?

Liegt in der Personalisierung die Zukunft?

In der Diskussion zum Themenbereich Impfen herrschen in medizinischen Fachkreisen wie in der Gesellschaft kontroverielle Zugänge. Rückgängige Durchimpfungsraten und die steigende Anzahl an Risikopatienten sind Herausforderungen, die eines Umdenkens und neuer Ansätze im Impfwesen bedürfen. Neben dem traditionellen Vorgehen in der Impfvorsorge erweitert sich das Spektrum immer stärker um die Ebene der personalisierten Medizin, die im Bereich der onkologischen Immuntherapien ihren Anfang genommen hat. Im Rahmen des diesjährigen Gipfelgesprächs auf der Schafalm erörterte eine hochkarätige Expertenrunde den Status quo in Österreich am Sektor personalisierte Medizin, Forschungstrends, ökonomische Gesichtspunkte, Zukunftsperspektiven und die Frage, wie sich diese auf das Impfwesen übertragen lassen.



KURIER – Runder Tisch

Von Mag. Martina Hofer, Bakk. phil., BA

Walter BERGER
Unser erworbenes Immunsystem im Speziellen ist wohl das am stärksten individualisierte System unseres Körpers, in dem gezielt die Erbsubstanz modifiziert und rekombiniert wird. Es gibt verschiedene Ebenen der personalisierten Medizin mit divergenten Ausgangspunkten. Der entscheidende Zugang für die Onkologie ist jener, krankheitsassoziierte Veränderungen der Erbsubstanz zu screenen und darauf basierend die Therapiewahl anzupassen. Wir sprechen aber weniger von einer Personalisierung als von einer Stratifizierung. Wir wollen Subgruppen von Patienten finden, die mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine Therapie ansprechen, nicht nur um sie erfolgreich zu therapieren, sondern auch um Nebenwirkungen bei Non-Respondern zu vermeiden. Vor allem sollen aber auch Hinweise über per se bestehende und während der Therapie erworbene Resistenzen gesammelt werden. Hinsichtlich des Impfens sollte der Zugang von klassischen, präventiven Anti-Infektions-Impfungen auf therapeutische Krebsimpfungen erweitert werden, die das Immunsystem z. B. gegen die Krebszellen aktivieren. Es stellt sich – auch unter Berücksichtigung

der beeindruckenden Erfolge einer Immunstimulation mittels Checkpoint-Inhibitoren – weiter die Frage, ob in naher Zukunft nicht eine präventive Krebsimpfung denkbar wäre. Die personalisierte Medizin ist in viele Bereiche eingezogen, etwa in jenen der Herz-Kreislauf- oder Stoffwechselerkrankungen, und nimmt im Impfwesen nicht nur gegen Infektionskrankheiten, sondern auch bei diversen chronischen Erkrankungen an Bedeutung zu.

Teilnehmer (in alphabetischer Reihung):

- Univ.-Prof. Dr. Walter BERGER | MedUni Wien, Institut für Krebsforschung
- Franz BITTNER | Patientenombudsstelle der Ärztekammer für Wien
- Dr. Martin GLEITSMANN | Wirtschaftskammer Österreich
- Dr. Maria KLETECKA-PULKER | Plattform Patientensicherheit
- Mag. Martin SCHAFFENRATH | Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
- Dr. Wolfram SCHMIDT | Roche Austria GmbH
- Univ.-Prof. Dr. Josef SMOLLE | Oberster Sanitätsrat
- Univ.-Prof. Dr. Ursula WIEDERMANN-SCHMIDT | MedUni Wien, Institut für Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin
- Moderation: Dr. Armin FIDLER

Ursula WIEDERMANN-SCHMIDT
Die Vakzinologie steht vor mannigfaltigen Herausforderungen: Zum einen kehren Krankheiten wie etwa Masern durch zu geringe Durchimpfungsraten wieder zurück, gleichzeitig treten eine Vielzahl komplexer Erreger auf, die neue Technologien zur Herstellung wirksamer Impfstoffe benötigen. Zum anderen benötigen wir aufgrund starker demografischer Veränderungen mit zunehmender Risikogruppierung mit ge-

schwächtem Immunsystem neue Impfansätze. Unsere Gesellschaft wird älter, wir haben in Österreich bereits über fünfzehn Prozent Adipositaspatienten und verzeichnen eine drastische Zunahme an Allergien oder an chronischen Erkrankungen, die mit immunsuppressiven Therapien behandelt werden. Diese Situationen sind mit einem erhöhten Infektionsrisiko verbunden und gleichzeitig aber mit einem schlechteren Ansprechen auf Impfungen. Immunologische Vorgänge in verschiedenen Altersgruppen und bei bestimmten Grundkrankheiten müssen ebenso verstärkt in die Forschung miteinbezogen werden wie molekularbiologische Abläufe und genetische Einflüsse – ähnlich wie dies in der Krebsforschung bereits passiert. Neue Technologien wie Transcriptomics, Proteomics oder reverse Immunologie müssen vermehrt Anwendung finden. Nur so können wir gezielte Impfkonzeppte und verbesserte Impfstoffe für bestimmte Risikopersonengruppen entwickeln, welche die Identifizierung von bestimmten Biomarkern zur Vorhersage von Ansprechen und Wirksamkeit der Impfung miteinbeziehen müssen. Derartige Konzepte ändern aber nichts an der Tatsache, dass eine



Ursula Wiedermann-Schmidt



Walter Berger

Steigerung der Durchimpfungsraten notwendig ist, um einen besseren Herdenschutz zu erreichen.

Wolfram SCHMIDT

Ich glaube, die Stratifizierung, Personalisierung und Subgruppenerkennung im Vorfeld von Therapien ist aufgrund der vorhandenen Technologie und Daten bereits möglich. Sie müssen allerdings zur verbesserten Nutzung seitens der Patientensicherheit und des Datenschutzes entsprechend aufbereitet und gesichert werden. Personalisiertes Vorgehen beinhaltet auch einen wichtigen finanziellen und wirtschaftlichen Faktor. Wir sollten auch von einer personalisierten Preisgestaltung sprechen, denn mit der Identifizierung verschiedener Subgruppen – je nach individueller Effizienz der Therapie – kann es zur unterschiedlichen Preisgestaltung kommen. So kann der Trend in Richtung personalisierter Medizin auch weiter beschleunigt werden.

Martin GLEITSMANN

Bei der Impfdiskussion, ob generelle Impfprogramme betreffend oder individualisiertes Vorgehen bei bestimmten Personengruppen, muss auch die Finanzierung diskutiert werden. Es ist natürlich so, dass Krankenstände für Wirtschaft und Dienstgeber ein Problem darstellen. Durchschnittlich sind die Österreicher 13 Tage pro Jahr im Krankenstand. Das verursacht an direkten und indirekten Kosten etwa 8,7 Milliarden Euro. Die Fehlzeiten sind seit 2012 immerhin um 0,9 Prozent gestiegen, der vom Österreichischen Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO) erstellte Fehlzeitenreport gibt als Ursache auch die überdurchschnittlich starke Grippewelle an. Grippeimpfungen sind umstritten, aber es gibt sie. Hier geht es um Bewusstseinsbildung und Vermittlung in der Bevölkerung, um Menschen gesund zu erhalten und im Arbeitsprozess zu halten. Als wichtigen Grundsatz für die Zukunft der Medizin sehe ich: nicht alles für jeden, aber das Richtige für den Einzelnen.

Martin SCHAFFENRATH

Wir haben die Aufgabe, die vorhandenen Mittel kosteneffizient und für die Versicherten bestmöglich einzusetzen. Die Herausforderung an die Zukunft wird sein, aus dem Gesamtopf, aus dem der größte Anteil immer noch in die Reparaturmedizin fließt, Mittel in die Vorsorge und Prävention umzuverteilen. Auch ist es unsere Aufgabe, die Akzeptanz von Impfungen in der Bevölkerung zu stärken. Leider entsteht in der Bevölkerung manchmal der Eindruck, dass die Angst vor Nebenwirkungen durch Impfungen größer

EXTRA 22 INDIVIDUALISIERTES IMPFEN Samstag 19. September 2015

Gesund durch den individuellen Piks

Aus Alpbach. Liegt in der personalisierten Medizin die Zukunft des Impfens?

„Das Konzept ‚eine Impfung für alle‘ passt nicht mehr. Wir brauchen neue Impfansätze.“
Ursula Wiedermann-Schmidt, Med Uni Wien

„Offenbar haben sehr viele Menschen den Schrecken von Erkrankungen vergessen.“
Franz Bittner, Patientenombudsstelle

„Das Konzept einer Impfung für alle passt nicht mehr.“ Ursula Wiedermann-Schmidt, Med Uni Wien, erklärt, warum eine Impfung für alle nicht mehr möglich ist. Sie betont die Notwendigkeit, Impfungen zu personalisieren, um die Wirksamkeit zu erhöhen und Nebenwirkungen zu vermeiden. Sie fordert eine stärkere Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft, Wirtschaft und Politik.

„Offenbar haben sehr viele Menschen den Schrecken von Erkrankungen vergessen.“ Franz Bittner, Patientenombudsstelle, kritisiert die mangelnde Transparenz bei der Impfung und fordert eine bessere Kommunikation mit der Bevölkerung. Er betont die Wichtigkeit, die Vorteile von Impfungen zu verdeutlichen und die Ängste der Menschen zu nehmen.

„Das Konzept einer Impfung für alle passt nicht mehr.“ Ursula Wiedermann-Schmidt, Med Uni Wien, erklärt, warum eine Impfung für alle nicht mehr möglich ist. Sie betont die Notwendigkeit, Impfungen zu personalisieren, um die Wirksamkeit zu erhöhen und Nebenwirkungen zu vermeiden. Sie fordert eine stärkere Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft, Wirtschaft und Politik.

„Offenbar haben sehr viele Menschen den Schrecken von Erkrankungen vergessen.“ Franz Bittner, Patientenombudsstelle, kritisiert die mangelnde Transparenz bei der Impfung und fordert eine bessere Kommunikation mit der Bevölkerung. Er betont die Wichtigkeit, die Vorteile von Impfungen zu verdeutlichen und die Ängste der Menschen zu nehmen.



v.l.: Martin Gleitsmann, Franz Bittner, Armin Fidler, Maria Kletecka-Pulker, Ursula Wiedermann-Schmidt, Walter Berger, Wolfram Schmidt, Josef Smolle, Martin Schaffenrath

In Kooperation mit:
KURIER

der einen differenzierteren Zugang zum Thema Impfen zu bieten und glaube, dass dies auch im Bewusstsein der Bevölkerung etwas bewegen kann.

Franz BITTNER

Beim Thema Impfen stelle ich leider generell ein kollektives Vergessen fest. Offenbar haben sehr viele Menschen den Schrecken von Erkrankungen wie der Kinderlähmung vergessen und die Notwendigkeit von Impfungen ist nicht mehr in der öffentlichen Wahrnehmung verankert. Wir haben heute aber eine Population, die sich aus unterschiedlichen Menschen zusammensetzt, viele, die flüchten mussten und eventuell nicht geimpft sind. Diese müssen jetzt praktisch unter Umständen leben, in denen sie gefährdet sind. Auch dieses Thema gehört zur gezielten Impfvorsorge von Risikogruppen und muss auf politischer Ebene entsprechend wahrgenommen werden.

Armin FIDLER

Einen optimalen Schutz vor vielen gefährlichen infektiösen Erkrankungen können wir nur durch die flächendeckende Steigerung der Durchimpfungsraten erzielen. Leider sind wir in Österreich, was das betrifft, im internationalen Vergleich nicht so gut aufgestellt und haben großen Nachholbedarf. Sollten die von der WHO artikulierten Durchimpfungsraten erreicht sein, kann man als weiteren Schritt gezielte personalisierte Konzepte für Risikogruppen erarbeiten und möglicherweise anbieten. Dazu bedarf es neuer Impfstoff-Antigene, Wirkungsverstärker sowie veränderter Impfkonzeppte und Applikationen. Nur mittels interdisziplinärer Forschung und Kooperation zwischen Wissenschaft, Wirtschaft und Biotechnologie kann man bestehenden wie zukünftigen Herausforderungen optimal entgegen treten.

Pöndorfer Country Charity Challenge – ein Erfolgsprojekt

Die Pöndorfer Country Charity Challenge (PCCC) 2015 ging heuer in die zweite Runde und übertraf alle Erwartungen der Beteiligten. Bereits im Laufe des Jahres unterstützten österreichweite wie regionale Unternehmen und Institutionen sowie engagierte Privatpersonen mit ihren großzügigen Spenden die Initiative, die 2014 von Subvenire – Verein zur Unterstützung von Menschen in Not ins Leben gerufen wurde. Im Zeichen der Solidarität wurden beim Abschlussvent am 7. August am Sportplatz in Pöndorf (OÖ) erneut über 150 motivierte Unterstützer gemeinsam aktiv. Sie spielten im sportlichen Wettkampf bares Geld – denn jeder erzielte Punkt wurde von der PERI Group, die auch in diesem Jahr wieder als Diamant-Sponsor auftrat, zusätzlich als Spendengeld aufgerechnet. Der fantastische Gesamterlös betrug 77.783,50 Euro, die beachtliche Summe des Vorjahres konnte damit deutlich übertroffen werden. Die Spendensumme ging zu gleichen Teilen an vier gemeinnützige Organisationen, deren engagierte Projekte von den jeweiligen Schirmherrinnen als Begünstigte der PCCC 2015 ausgewählt worden waren. Dem PERISKOP berichteten Andrea Winter vom Therapiecamp des Österreichischen Jugendrotkreuzes (ÖJRK), Mag. Oliver Wenninger von Big Brothers Big Sisters Österreich – MentorInnen für Kinder und Jugendliche (BBBS), Mag. Ulrike Pribil, MSc, vom KinderPalliativNetzwerk und Tobias Wisak von PAN – Verein für Jugendliche und junge Erwachsene mit onkologischen Erkrankungen über ihre Initiativen und darüber, welche Aktivitäten sie nun mit der Spende realisieren können.

Von Mag. Martina Hofer, Bakk. phil., MA, und Mag. Elisabeth Rapp



Andrea Winter | Österreichisches Jugendrotkreuz (ÖJRK)
Das ÖJRK veranstaltet über die Sommerferien verschiedene Therapiecamps wie das Juniorcamp für Kinder zwischen zehn und 14 Jahren mit schwer erkrankten Eltern. 22 Mädchen und Burschen haben heuer am Attersee (OÖ) zwei gemeinsame Ferienwochen erlebt. Einer Studie des Sozialministeriums zufolge sind in Österreich 42.000 Kinder und Jugendliche mit schweren oder chronischen Erkrankungen eines Angehörigen konfrontiert. Trotzdem gab es in den ersten Jahren immer noch Restplätze im Juniorcamp, da zahlreiche Betroffene viel daran setzen, die Normalität nach außen aufrechtzuerhalten. Inzwischen haben wir Teilnehmer, die gerne wiederkommen, weil ihnen die Auszeit sehr gut getan hat. Dieses Jahr waren wir komplett ausgebucht. Das freut uns, zeigt aber auch, wie notwendig unser Angebot ist. Ein weiteres Camp mit ungebrochenem Andrang ist das Sommercamp für Kinder mit Körper- und Mehrfachbehinderung. Dieser Erholungsurlaub ist durch den hohen Material- und Pflegeaufwand besonders kostenintensiv. Da wir möglichst jedem Kind in solchen Situationen die Teilnahme ermöglichen möchten und versuchen, den Kostenbeitrag der Eltern niedrig zu halten, freuen wir uns besonders über die Spende der PCCC.

Mag. Ulrike Pribil, MSc | KinderPalliativNetzwerk
Das KinderPalliativNetzwerk begleitet Familien mit einem lebensbegrenzend erkrankten Kind während der Krankheit, der Zeit des Abschiednehmens und der Trauer. Wir können keine Wunder wirken und das Kind nicht gesund machen. Aber es ist etwas ganz Besonderes und eine große Bereicherung für das eigene Leben, wenn man Freude in den Augen des Kindes sieht, ein herzliches Lachen hört, weil man ihm Zeit und Zuwendung schenkt. Wir helfen, dass Schmerzen und belastende Symptome gelindert werden, dass gesunde Geschwister die Zeit und Aufmerksamkeit geschenkt bekommen, die sie brauchen, und dass Eltern, die rund um die Uhr im Einsatz sind, Entlastung erfahren. Der Großteil der PCCC-Spende geht unmittelbar in die Betreuung schwerst erkrankter Kinder und Jugendlicher. Eine diplomierte Kinderkrankenschwester kann mit dieser großzügigen Spende rund zehn Familien über einen Zeitraum von mehreren Monaten betreuen. Wir bedanken uns auf diesem Weg noch einmal ganz herzlich bei allen, die zu diesem großartigen Ergebnis beigetragen haben und damit hohe Wertschätzung für unsere Arbeit zeigen.

Mag. Oliver Wenninger | Big Brothers Big Sisters Österreich – MentorInnen für Kinder und Jugendliche (BBBS)
Big Brothers Big Sisters setzt sich für die Anliegen von Kindern und Jugendlichen in herausfordernden Lebenssituationen ein. Da wir noch ein sehr kleines Team sind, ergeben sich nicht nur hinsichtlich des Themenfeldes, in dem wir arbeiten, zahlreiche Herausforderungen. Täglich erreicht uns eine Anfragenflut von Einrichtungen, Schulen und Familien, die viele Kinder an unserem Mentoringprogramm teilnehmen lassen wollen. Zahlreiche Kinder benötigen das Programm von BBBS und spüren diesen Bedarf ganz genau. Nicht unwesentlich ist natürlich die Finanzierung – wir suchen dringend nach weiteren Partnern, die sich finanziell einbringen wollen. Schließlich ist BBBS ein Präventivmodell, welches der Gesellschaft jeden eingebrachten Euro um das achtzehnfache einspart, da aus diesen Kindern meist verantwortungsvolle und gesunde Erwachsene mit Zuversicht werden! Mit der wunderbaren Spende der PCCC können wir im nächsten Jahr 20 Kindern eine zusätzliche verantwortungsvolle Begleitperson zur Seite stellen. Diese nimmt sich des jeweiligen Kindes an und hilft ihm, durch neue Aktivitäten seine Stärken besser kennenzulernen und so wieder Selbstbewusstsein zu erlangen.

Tobias Wisak | PAN – Verein für Jugendliche und junge Erwachsene mit onkologischen Erkrankungen
Als gemeinnütziger Verein bietet PAN Orientierungshilfe und setzt sich für bestmögliche und bedarfsorientierte Versorgung Jugendlicher und junger Erwachsener mit onkologischen Erkrankungen sowie für deren Angehörige ein. Menschen fühlen sich mit der Diagnose Krebs oft allein gelassen und mit den anstehenden Entscheidungen überfordert. Für krebserkrankte Jugendliche und junge Erwachsene (AYAs) bedeutet dies, mit den Herausforderungen der Krebserkrankung zu einem Zeitpunkt im Leben fertig zu werden, an dem sie ihre Individualität entfalten möchten und mit ihren Wünschen nach Unabhängigkeit, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung beschäftigt sind. Die Krebsbehandlung bewirkt einschneidende Veränderungen in der Schule oder der Ausbildung, beim Beruf und mit der Karriereplanung, in der Beziehung zu Freunden, in der Partnerschaft und in der Sexualität. Oft haben diese jungen Leute auch kleine Kinder, die versorgt werden müssen. Nicht nur die Betroffenen selbst benötigen unsere Hilfe. Auch Eltern und Partner brauchen psychologische Unterstützung, um mit der veränderten Lebenssituation umgehen zu können. Dies ist eine der schwierigsten Situationen, die eine Mutter, einen Vater, einen geliebten Menschen treffen kann. Wir sind unserer Schirmherrin Uschi Schelling und der PCCC sehr dankbar. Mit dem Geld werden wir unter anderem das Projekt der temporären Kinderbetreuung von Patienten im AKH während des ambulanten Spitalsaufenthalts realisieren und weiterhin die psychologische Unterstützung der Angehörigen finanzieren.

Für den guten Zweck punkten

PÖNDORF. Es ging heiß her bei der Pöndorfer Country Charity Challenge, kurz PCCC. Nicht nur wegen der Sommerhitze, sondern auch, weil die Teilnehmer beim Bewerb Ehrgeiz entwickelten. Schließlich ging es darum, viele Punkte für den guten Zweck zu erzielen. **Robert Riedl**, Inhaber der Peri Group, der PCCC mit dem Verein Subvenire veranstaltet, transferierte jeden Punkt in Bares und ergänzte die Spenden-sammlung der vier Schirmherrinnen für „ihre“ Projekte. Insgesamt waren es stolze 77.783,50 Euro.
Uschi Schelling, die Ehefrau von Finanzminister **Hans Jörg Schelling**, der PCCC als Gast beehrte, setzte sich für PAN, einen Verein für junge Leute mit onkologischen Erkrankungen, ein. **Eva Höhl**, Leiterin des Health Center der Erste Bank AG, unterstützte Big Brothers Big Sisters; **Mechthild Bartolomey**, Intendantin des Attergauer Kultursummers, die Therapiecamps des Jugendrotkreuzes und die oberösterreichische Apothekerkammerpräsidentin **Ulrike Mursch-Edlmayr** das Kinder-Palliativ-Netzwerk.
PCCC war tatsächlich eine echte Challenge: Für **Harald Biehler**, Geschäftsführer des Pharmaunternehmens Lundbeck Austria, war etwa das Asphaltstockschießen die Herausforderung: „Beim Weitschießen hatte man das Gefühl, jeder Stock bewegt sich anders.“ **Claudia Durchschlag**, ÖVP-Nationalratsabgeordnete, bekam beim Gewürze-Erleichen beinahe „eine taube Nase“.
Kein Brett vor dem Kopf
Die meisten aber stöhnten beim Teambuilding: Hier galt es, das gesamte Team auf einem Brett acht Meter (Ø) fortzubewegen. Da kam es durchaus zu „Koordinationschwierigkeiten“, erläuterte **Reinhard Hager**, Geschäftsführer der Unternehmensberatung Ubsconsulting.
Ebenfalls mit unter den „Sportlern“ waren **Gerhard Gucher**, Direktor der Vamed Vitality



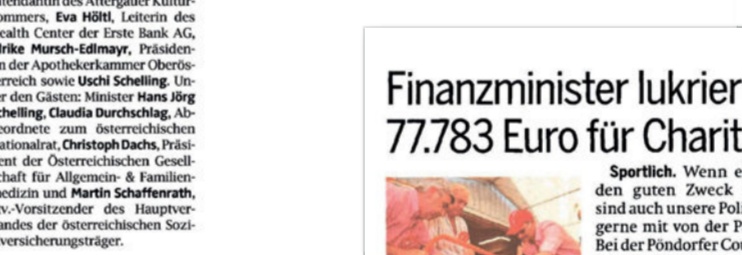
Harald Biehler, Claudia Durchschlag, Bundesrat Ferdinand Tiefnig und Christoph Dachs, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, zog das Team Subvenire acht Meter weit.

Wettkampf-Punkte für Bedürftige umgemünzt
An unterhaltsamen Wettkämpfen für den guten Zweck beteiligten sich Prominente bei der Pöndorfer Country Charity Challenge 2015. Als Abschluss der Spendeninitiative für bedürftige Menschen wurden die erzielten Punkte ebenfalls in Spendengeld umgemünzt und erlösten somit das Gesamtspendenvolumen auf insgesamt 77.783,50 Euro. Heuer werden damit Therapiecamps des Österreichischen Jugendrotkreuzes, Big Brothers Big Sisters, das Kinder-Palliativ-Netzwerk und PAN – Verein für Jugendliche und junge Erwachsene mit onkologischen Erkrankungen unterstützt.
Eingeladen hatten die Schirmherrinnen **Mechthild Bartolomey**, Intendantin des Attergauer Kultursummers, **Eva Höhl**, Leiterin des Health Center der Erste Bank AG, **Ulrike Mursch-Edlmayr**, Präsidentin der Apothekerkammer Oberösterreich sowie **Uschi Schelling**. Unter den Gästen: Minister **Hans Jörg Schelling**, **Claudia Durchschlag**, Abgeordnete zum österreichischen Nationalrat, **Christoph Dachs**, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- & Familienmedizin und **Martin Schifferer**, Stv.-Vizepräsident des Österreichischen Bundes der österreichischen Sozialversicherungs-träger.

Wirtschaftsblättl vom 14.08.2015

Finanzminister lukriert 77.783 Euro für Charity

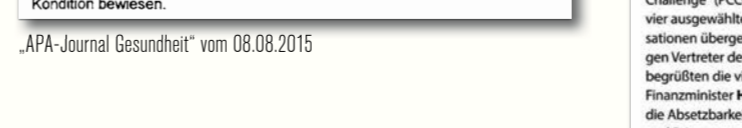
Sportlich. Wenn es um den guten Zweck geht, sind auch unsere Politiker gerne mit von der Partie. Bei der Pöndorfer Country Charity Challenge zeigte vor allem Finanzminister **Hans Jörg Schelling** großen Teamgeist. Gemeinsam mit **A. Wintzig**, **Hans Jörg Schelling** und **C. Durchschlag**, mit ÖO-Landeshauptmann **Josef Pühringer** und weiteren VIPs sammelte er 77.783,50 Euro für die gute Sache.
Bei der Heimwerker-Challenge kamen die VIPs ins Schwitzen.
Österreich vom 10.08.2015



ÖÖN vom 08.08.2015

Gesundheits-Charity-Treffen in OÖ mit Rekordergebnis

Zum Sommerfest der Gesundheitsbranche, jeweils kurz vor dem Europäischen Forum Alpbach, hat sich in den vergangenen Jahren die „Pöndorfer Country Charity Challenge“ entwickelt. Freitag gab es im Baisenberg in **Finanzminister Hans Jörg Schelling** und ÖO-Landeshauptmann **Josef Pühringer** (ÖVP) ein Rekord-Spendenergebnis: 77.783,50 Euro. Bei bekanntermaßen schweiß treibenden Temperaturen hatten Freitagmorgens am Sportplatz der Gemeinde bei Frankenburg 150 Teilnehmer aus Politik, Kultur, Wirtschaft und vor allem dem österreichischen Gesundheitswesen für den Verein Subvenire zahlreiche Gesundheitsleistungen absolviert. Zu den Spendern von Einzelgarnen kam das Umzinnen der erzielten Punkte durch das Wiener Gesundheits-Beratungsunternehmen Peri Group (Robert Riedl).
Zum anschließenden Fest mit Eröffnung durch den ÖO Landeshauptmann wurden dann die Schecks überreicht. Je knapp 19.500 Euro an vier Organisationen: das Österreichische Jugendrotkreuz für seine Therapiecamps; Big Brothers Big Sisters – Mentoren für Kinder und Jugendliche (BBBS); das KinderPalliativNetzwerk und PAN – Verein für Jugendliche und junge Erwachsene mit onkologischen Erkrankungen. Dann ging es bis Samstag in die frühen Morgen ans Feiern samt Musik und Tanz. Bei dem unter vielen anderen die Subvenire-Co-Organisatorin und ÖO-Apothekerkammerpräsidentin **Ulrike Mursch-Edlmayr**, der Vöranberger Apothekerkammerpräsident **Jürgen Rehak** und auch die Leiterin des Instituts für Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin, **Ursula Wiedermann-Schmidt**, ihre Konditionen bewiesen.
APA-Journal Gesundheit vom 08.08.2015



Weekend 00 vom 21.08.2015

Auszüge aus den Medien



Rekordergebnis bei Charity 77.783 Euro wurden bei der Country Charity Challenge in Pöndorf gesammelt. Auch Minister Hans Jörg Schelling (mit Angelika Wintzig und Claudia Durchschlag) schwitzte mit. Kurier 00 vom 09.08.2015



Heiß auf die Challenge waren (v.l.): Pöndorfer Bürgermeister Johann Zieher, Birgit Gebetsberger, Schiffführerin des Vereins Subvenire, Mechthild Bartolomey, Ulrike Mursch-Edlmayr, Hans Jörg und Uschi Schelling, Eva Höhl, Robert Riedl und Eva Verhajak, Psychotherapeutin und Subvenire-Kassierin.



Die Schirmherrinnen übergaben gemeinsam mit den Ehrenängsten insgesamt mehr als 77.700 Euro an Spenden. Foto: Katharina Jochl

Mehr als 77.700 Euro gespendet

Erlös der Country Charity Challenge geht an vier Organisationen
PÖNDORF. Der Verein „Subvenire“ sowie die Schirmherrinnen **Mechthild Bartolomey**, **Eva Höhl**, **Ulrike Mursch-Edlmayr** und **Uschi Schelling** überreichten vergangenes Freitag bei der Pöndorfer Country Charity Challenge jeweils 19.445,88 Euro an das Österreichische Jugendrotkreuz für seine Therapiecamps, die Mentoring-Organisation „Big Brothers Big Sisters Österreich“, das Kinder-Palliativ-Netzwerk und an den Verein „Pan“ für Jugendliche und junge Erwachsene mit onkologischen Erkrankungen. Als Abschluss der Spendeninitiative sammelten mehr als 150 Persönlichkeiten aus Politik, Kultur, Wirtschaft, Medizin und Wissenschaft am Pöndorfer Sportplatz in sportlichen Wettkämpfen Punkte, die von der Peri-Group in zusätzliches Spendengeld umgemünzt wurden. Die überaus motivierten Teilnehmer gaben bei schweißtreibenden Temperaturen ihr Bestes und ritterten an Stationen wie „Landwirtgeflügel“, „Mikrogerst“ oder beim „Heimwerker“ um möglichst viele Punkte. Als Siegerteam ging die Gruppe „Rocket Science“ rund um **Klaus Schuster** vom Platz, auf den Plätzen landeten das Team „Haus“ von **Andreas Öttnauer** und das Team „Bilanz“ mit Leiterin **Christa Karigl-Orneder**. Den musikalischen Schlussakkord setzten **Matthias Bartolomey** und **Klemens Bittmann**, deren groovende Rhythmen selbst Finanzminister **Hans Jörg Schelling** in ihren Bann zogen.

Bezirksrundschau vom 13.08.2015

Charity Challenge hilft sozialen Organisationen



PÖNDORF – Zahlreiche Unternehmen und Institutionen aus ganz Österreich kamen bei der diesjährigen Pöndorfer Country Charity Challenge 2015 am Sportplatz in Pöndorf im Bezirk Vöcklabruck zusammen. In zehn Teams gab es an zehn sportlichen Spielstationen Punkte zu erkämpfen. Die erreichten Punkte wurden in Spendengeld umgewandelt. Dabei konnte ein Gesamterlös von 77.783,50 Euro erzielt werden. Das Spendengeld wurde in gleichen Teilen den Organisationen österreichischer Jugendrotkreuz, Big Brothers Big Sisters, KinderPalliativ-Netzwerk und PAN, einem Verein für Jugendliche mit onkologischen Erkrankungen übergeben.
Neues Volksblatt vom 12.08.2015



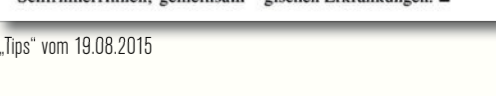
Verein zur Unterstützung von Menschen in Not
Pöndorfer Country Charity Challenge 2015



V. l.: M. Neuhofner, Ch. Karigl-Orneder, E. Verhajak, H. J. Schelling, U. Mursch-Edlmayr, R. Hager, E. Höhl, U. Schelling, J. Pühringer, H. Wiedel, K. Schuster, R. Riedl bei der Spendenübergabe. Foto: Katharina Jochl

Stolze 77.783 Euro erspielt und gespendet

CHARITY CHALLENGE
PÖNDORF. Mit dem Ziel, Menschen und ihre Schicksale finanziell zu unterstützen, wurde Subvenire gegründet und das Konzept der Pöndorfer Country Charity Challenge (PCCC) entwickelt: vier Schirmherrinnen, vier begünstigte Organisationen und viele Spender aus ganz Österreich. etwas zu bewegen. Im Rahmen der Abschlussveranstaltung galt es, in zehn Teams an zehn sportlichen Spielstationen Punkte zu erkämpfen, die in bares Geld umgewandelt wurde. Der Gesamterlös der diesjährigen PCCC mit 77.783,50 Euro geht heuer an das Österreichische Jugendrotkreuz für seine Therapiecamps, Big Brothers Big Sisters Österreich – Mentoren für Kinder und Jugendliche (BBBS), das Kinder-Palliativ-Netzwerk und an PAN – Verein für Jugendliche und junge Erwachsene mit onkologischen Erkrankungen. ■
TIPS vom 19.08.2015



180: Drei Jubiläen, ein Empfang

Unter dem Schlagwort „180“ lud die PERI Group im Rahmen der Gipfelgespräche auf der Schafalm zu einem Empfang im Böglhof in Alpbach, bei dem drei Jubilare zugleich gewürdigt wurden: Mag. Hanns Kratzer feierte im März seinen 50. Geburtstag, Robert Riedl im August seinen 60. Geburtstag und das Europäische Forum Alpbach im heurigen Jahr sein 70-jähriges Bestehen.

Von Maximilian Kunz, MAS, MBA

„Alpbach und das Setting inmitten der malerischen Landschaft bieten die ideale Kulisse für unsere Gespräche und ich freue mich ganz besonders, meinen Geburtstag heute hier mit so vielen Kollegen und Wegbegleitern feiern zu können. Hier in Alpbach haben wir etwas gefunden, das uns laufend inspiriert und motiviert, worauf wir weiter aufbauen wollen und werden“, so Mag. Hanns Kratzer, Geschäftsführer von PERI Consulting. Auch Robert Riedl, Gründer der PERI Group, weiß diesen außergewöhnlichen Rahmen zu schätzen: „Mein besonderer Dank gilt der Familie Duftner und dem Böglhof-Team; insbesondere Karin Duftner, die es uns erlaubt, alljährlich unsere Gipfelgespräche auf ihrer Schafalm abzuhalten. Mit diesen bieten wir eine informelle Plattform zum Austausch über essenzielle Themen des österreichischen Gesundheitswesens. Das werden wir in Zukunft mit noch größerem Engagement fortsetzen“, so Riedl.



1. Hanns Kratzer (PERI Consulting), Robert Riedl (PERI Group) 2. Matthias Beck (Universität Wien), Robert Riedl (PERI Group) 3. Gernot Fassolder (Joanneum), Karin Duftner (Böglhof) 4. Hans-Peter Petruschnig (AK Wien), Katharina Pils (Sophtenspital) 5. Manfred Maier (MedUni Wien), Peter Kowatsch (ÖGAM), Lisa Römer (PERI Marketing & Sales) 6. Gabriele Fischer (MedUni Wien), Wilhelm Molterer (EIB) 7. Gabriele Kos (MSD), Christoph Dachs (ÖGAM) 8. Helmut Schuster und Roland Weißsteiner (Öst. Herzverband) 9. Alexandra Koncar (Öst. Betriebsverband), Josef Probst (HVB) 10. Klaus Schuster (Roche), Jan Pazounek und Michael Papp (NÖGKK) 11. Hedwig Wölfl (Die Möwe), Alexander Herzog (SV) 12. Alfred Springer (ÖGABS), Daniela Klinser (HVB) 13. Alfred Springer (ÖGABS), Christine Schwarz und Sonja Christoffers (Mundi Pharma) 14. Klaus Vavrik (Öst. Liga für Kinder- und Jugendgesundheits), Walter Emberger, Florian Rabenstein und Ewa-Katharina Huber (Teach For Austria), Hanns Kratzer (PERI Consulting) 15. Klaus Schuster und Veronika Mikl (Roche) 16. Herbert Pichler (ÖGB) mit Tochter, Ulrike Mursch-Edlmayr (Apothekerkammer OÖ) 17. Josef Probst (HVB), Gudrun Seiwald (PVA), Hannes Salzburger (MSD) 18. Erich Pohanka (ÖGN) mit Gattin, Alexander Rosenkranz (ÖGN) 19. Gernot Wäste (IG Dialysepatienten und Nierentransplantierte Kärntens), Magdalena Vachova (Kurier), Egon Saurer (ARGE Niere Österreich) 20. Stephan Klemm (BGP Products), Thomas Miklau (Baxter) 21. Stephan Klemm (BGP Products), Franz Bittner (Patientenombudsman der AK Wien), Thomas Miklau (Baxter) 22. Alexander Rosenkranz (ÖGN), Ursula Wiedermann-Schmidt (MedUni Wien), Manfred Maier (MedUni Wien) 23. Roland Weißsteiner (Öst. Herzverband), Anny Barkhordarian (Sanofi), Ulrike Mally (Sanofi), Helmut Schuster (Öst. Herzverband) 24. Marcus Müllner (PERI Change), Michaela Fritz (MedUni Wien)



66.
Wiener
ÄRZTE
Ball
SAMSTAG, 30. JÄNNER 2016
IN DER HOFBURG

EINTRITTSPREISE

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

Eintritt nur mit vorschriftsmäßiger Kleidung.

BALLBÜRO

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

FESTLICHE ERÖFFNUNG UM 21³⁰ UHR
EINLASS: 20⁰⁰ UHR

Österreichs Kinder und Jugendliche – Generation Bewegungsmuffel?

Bewegung und Sport ist integraler Bestandteil für die geistige und körperliche Gesundheit und die soziale Entwicklung. Davon zeigten sich die Diskutanten, die auf Initiative von Coca-Cola unter dem Titel „Generation Bewegungsmuffel – Alternativen zum erhobenen Zeigefinger“ im Rahmen des diesjährigen Forums Alpbach zum Fachgespräch zusammenkamen, überzeugt. Doch wie können Österreichs Kinder und Jugendliche nachhaltig motiviert und wie kann Bewegung in den Alltag integriert werden? Welche Rolle müssen Eltern, Schulen und politische Akteure einnehmen? Von zielgruppenspezifischen Motivationsansätzen, gesellschaftlicher Verantwortung, neuen Technologien und Aktivierungsmöglichkeiten im Erwachsenenalter – das PERISKOP fasst die vielschichtigen Diskussionsansätze der Expertenrunde zusammen.

Von Mag. Martina Hofer, Bakk. phil., BA



v.l.: Petra Burger (Coca-Cola GmbH), Michael Kuhn (AIPS), Susanne Ring-Dimitriou (SALTO), Alexandra Koncar (ÖBSV), Alex Pinter (Trayn)

„Österreich ist zwar sportnarrisch, aber kein Sportland. Sport gehört nicht zu unserer Kultur“, verortet Prof. Michael Kuhn, Sportjournalist und Schatzmeister des internationalen Sportjournalisten-Verbandes (AIPS), den Stellenwert von Bewegung und Sport in unserem Land. Das unterstreichen auch Studien zum Bewegungsverhalten der Bevölkerung. „Nur ca. 25 Prozent der Österreicher ab dem fünfzehnten Lebensjahr bewegen sich gesundheitswirksam. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass 75 Prozent diese Gesundheitsressource nicht nützen“, stellt Assoz. Prof. Dr. Susanne Ring-Dimitriou von der Universität für Sportwis-

senschaften in Salzburg, Projektleiterin von SALTO – SALzburg Together against Obesity, fest. Für diese Mehrheit steigt das Risiko, an einem Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes oder an Adipositas zu erkranken. „Dabei ist Bewegung etwas, das uns grundsätzlich innewohnt und im Kindesalter zur motorischen, kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung gehört“, erläutert Ring-Dimitriou.

„Ab dem Schulalter werden wir zu Sitzmenschen erzogen“

Um Bewegung als integralen Bestandteil des Lebensstils nachhaltig zu festigen, braucht es Motivation. Hier sieht Alex Pinter, Co-Gründer und CEO der Sport-App Trayn, vor allem die Eltern in der Pflicht: „Der familiäre Background und in weiterer Folge das soziale Umfeld sind essenziell, wenn es darum geht, welchen Stellenwert Bewegung in unserem Leben einnimmt. Vor allem im Kindesalter liegt die Vorbildfunktion klar bei den Eltern.“ Hier setzt auch das Kindergartenbewegungsprojekt SALTO

von Ring-Dimitriou an: „Wir wollen damit im frühestmöglichen Alter präventiv ansetzen und Kindern eine bewegungsfreundliche Lebenswelt ermöglichen.“ SALTO bietet dazu Schulungen für Erwachsene und unterstützt sie in ihrer Kompetenz, ausgewogene Ernährung und körperliche Aktivität unkompliziert und bedürfnisorientiert in den Alltag mit Kindern zu integrieren. „Wir möchten Eltern wie Kindergartenpädagoginnen unterstützen, Selbstvertrauen schaffen und Umsetzungscompetenz an die Hand geben.“

Gemeinschaftliche Aktivitäten könnten virale Effekte erzielen

Österreichs Erwachsene wiederum sind die primäre Zielgruppe von Alexandra Koncar, Generalsekretärin des Österreichischen Betriebssport Verbandes (ÖBSV). Sie konstatiert einen positiven Trend im Bereich des Betriebssports und führt dies auf ein gesellschaftspolitisch entwickeltes Verständnis zurück: „Die positiven Effekte von Bewegung sind essenziell hinsichtlich einer Bewältigung der Ansprüche einer modernen Arbeitswelt. Bewegung ist ein Aspekt, der Menschen unterstützt, Resilienz zu entwickeln. Das Arbeitsumfeld ist ideal, um hier regelmäßig Sport und Bewegung einzubauen. Wird gleich vor oder nach der Arbeit Sport geplant, ist es im Alltag einfacher zu organisieren, als sich in der Freizeit extra Zeit zu nehmen. Betriebssport ist heute nicht mehr reiner Firmensport – viele Betriebe haben Angebote für die ganze Familie.“ Österreich hinke, so Koncar, im internationalen Vergleich aber immer noch hinterher: „Es gibt bereits Konzepte zur Integration von Bewegung in den Arbeitsalltag, doch diese sind meist auf große Unternehmen ausgerichtet. Unsere Zielgruppe sind Klein- und Mittelbetriebe. Aber auch hier braucht es eine individuelle, auf die Bedürfnisse der jeweiligen Firmengröße und -struktur abgestimmte Motivationsstrategie, um die Mitarbeiter zu aktivieren.“ Firmenevents und gemeinsame Aktivitäten im Betrieb könnten einen viralen Effekt erzeugen. Über die Motivation und die Freude der Eltern gewinne man die Kinder. Es braucht also ein Umdenken: Sport und Bewegung machen Spaß und sollen kein reines Muss sein. Hier würden

auch zahlreiche Sport-Apps ansetzen, um die es laut Pinter in den letzten 18 Monaten einen regelrechten Hype gebe. „Viele Apps arbeiten mit gamifizierenden Elementen und ermöglichen vielfach die soziale Verknüpfung mit Freunden. Der Leistungsvergleich mit anderen und Reports über den eigenen Fortschritt via Datentracking können zu einem starken Motivationselement für die Nutzer werden“, ist Pinter überzeugt.

Bewegung und Sport müssen zur sozialen Norm werden

„Sport und Bewegung müssen in den Mittelpunkt der Gesellschaft rücken. Hier sind für mich die Journalisten und Kommunikatoren gefordert, diese Thematik auf die Agenda der öffentlichen Diskussion zu setzen. Zum anderen müssen politische Entscheidungsträger entsprechende Rahmenbedingungen schaffen. Dem Sport fehlt aber aktuell in Österreich eine starke Lobby“, sagt Kuhn. Hier könne, laut Ring-Dimitriou, nur vielschichtig angesetzt werden: „Bereits in der Ausbildung der Sportlehrer müssen zielgruppenspezifische Bewegungskonzepte vermittelt werden. Vereine und Gesundheitsanbieter müssen gestärkt werden, ihre Angebote breiter zu streuen. Wir müssen auch die Frage stellen, wie moderner Lebensraum gestaltet sein muss, um Bewegung zu ermöglichen. Sport und Bewegung ist eine Querschnittsmaterie und sollte eigentlich Thema in allen Politikfeldern sein. Fakt ist, mit Anleitung und einem niederschweligen Zugang zu sportlichen Aktivitäten kann Bewegung erfolgreich und nachhaltig in die Lebenswelt der Menschen gebracht werden.“ Den Themenfeldern Bewegung und Sport muss demnach auf vielen Ebenen der Gesellschaft ein höherer Stellenwert zugeschrieben werden. ■



Am Puls des Geschehens – Vorstandsklausur des Wiener Wirtschaftsklubs in Alpbach

Alle Jahre wieder finden sich für drei Wochen im kleinen Tiroler Bergdorf Alpbach mehr als zweitausend interessierte Menschen ein, um über aktuelle Problemstellungen zu diversen Themenkomplexen wie Gesellschaft, Wirtschaft, Wissenschaft und Technik zu diskutieren. Der Vorstand des Wiener Wirtschaftsklubs (WWK) tagte heuer bereits zum 11. Mal am Rande der Wirtschaftsgespräche des Europäischen Forums Alpbach. Im Rahmen von Vorträgen, Kaminesgesprächen und Diskussionen referierten und diskutierten Experten und Entscheidungsträger aus Politik und Wirtschaft über Herausforderungen, Tendenzen und Zukunftsszenarien der österreichischen Ökonomie und Politik.

Von Andrea Gesierich, MA



v.l.: Peter Gross (Generalsekretär des WWK), Erich Foglar (Präsident des Österreichischen Gewerkschaftsbundes), Rudi Kaske (Präsident der Arbeiterkammer), Hanns Kratzer (Präsident des WWK)

Mitten am Puls des Geschehens, aber dennoch in vertrauter Atmosphäre wurden die Ereignisse und Arbeiten der letzten Monate in thematischen Referaten und Diskussionen zusammengefasst. In den einzelnen Arbeitskreisen ging es vor allem um die Bereiche Energie, Informations- und Kommunikationstechnik, Bankenwesen und Finanzen. Auch internationale ökonomische Entwicklungen wie das Transatlantische Freihandelsabkommen mit den USA, insbesondere die umstrittene Regelung der Schiedsgerichtsbarkeit, standen dabei im Mittelpunkt. „Ungleichheiten“, das Thema des Forums, fanden sich in den Diskussionen immer wieder. Die Politik müsse sich stärker für Wachstum und Beschäftigung einsetzen. Wirtschaftspolitik soll aktiv sozialer gestaltet werden. ■

Nur so kann man den zunehmenden Ungleichheiten innerhalb der Bevölkerung entgegensteuern und die Verteilung von Wohlstand gerechter gestalten. Hierbei können vor allem das breite Netzwerk und die hohe Wirtschaftskompetenz des WWK genutzt werden.

Ein Thema beinahe jeder Runde waren die immensen Flüchtlingsbewegungen, mit denen sich Österreich und Europa derzeit konfrontiert sieht. Die Herausforderungen, die sich durch die Migration ergeben, erfordern eine gesamteuropäische Strategie.

Während man in den Herkunftsländern für menschenwürdige Lebensbedingungen sorgen muss, gilt es, gemeinsame Regelungen zu finden, um die Flüchtlinge gerecht

zwischen den einzelnen Mitgliedsstaaten aufzuteilen und somit auch eine erfolgreiche Integration zu ermöglichen. Zudem wurde vermerkt, dass für eine gelungene Integration die Bemühungen beider Seiten – sowohl jene der Zivilbevölkerung als auch jene der Schutzsuchenden – benötigt werden. Die Politik hat hier die Aufgabe, der Bevölkerung ihre Besorgnis durch Aufklärung und Antworten zu nehmen.

Um die Wirtschaft auch im internationalen Konkurrenzfeld zu stärken, gilt es, noch mehr in Forschung und Entwicklung zu investieren. Durch Schaffung und Erhaltung eines innovationsfreundlichen Klimas soll Wien als internationaler Standort weiter gestärkt werden. Junge Akademiker sollen im Land gehalten und ein Brain-drain soll vermieden werden. Zudem soll man durch die Förderung von technischen Praktika mehr junge Menschen, insbeson-

dere auch weibliche Fachkräfte, für eine technische Berufswahl begeistern. Eine Möglichkeit diesbezüglich wäre es, auch in den Lehrplänen der Schulen Forschung als Unterrichtsfach zu etablieren.

Unter den Vorstandsmitgliedern und Referenten befanden sich unter anderem Bundesminister Dr. Alois Stöger, Staatssekretärin Mag. Sonja Strel, Arbeiterkammerpräsident Rudi Kaske, der Präsident des Österreichischen Gewerkschaftsbundes Erich Foglar, die Wiener Landtagsabgeordnete und IT-Sprecherin Barbara Novak sowie als Gastreferent der Präsident des Deutschen Gewerkschaftsbundes Reiner Hoffmann. ■



Gefahr Hypoglykämie – Unterzucker kann verhindert werden

Das PERISKOP berichtet über das Gipfelgespräch zum Thema „Hypoglykämie – Gefahr Unterzucker“, bei dem namhafte Experten am 3. September dieses Jahres angeregt diskutierten: OA Dr. Helmut Brath, Gesundheitszentrum Wien-Süd, Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Fasching, 5. Med. Abteilung mit Endokrinologie, Rheumatologie und Akutgeriatrie im Wilhelminenspital, Mag. Christoph Feymann, Kuratorium für Verkehrssicherheit (KFV), Prim. Dr. Claudia Francesconi, SKA-RZ Alland für Stoffwechselerkrankungen der PVA, Peter P. Hoppfinger, Diabetes Austria – Initiative Soforthilfe für Menschen mit Diabetes, Prim. Dr. Reinhold Pongratz, Steiermärkische Gebietskrankenkasse (STGKK), Dr. Erwin Rebhandl, AM Plus, Univ.-Prof. Dr. Bernhard Schwarz, Zentrum für Public Health der MedUni Wien (ZPH), und Univ.-Prof. Dr. Thomas C. Wascher, Präsident der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG).

Von Mag. Elisabeth Rapp

PERISKOP: Das Disease-Management-Programm (DMP) „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ besteht seit 2007. Wie ist der Status quo?
Reinhold PONGRATZ: Als einziges integriertes Versorgungsprogramm für Patienten mit Diabetes Typ 2 in Österreich war und ist es das Ziel dieses DMPs, die optimale Versorgung von chronisch Kranken kontinuierlich zu gewährleisten, nicht nur anlassbezogen. Im letzten Jahr wurde etwa das Arzthandbuch inklusive Leitlinien und Behandlungspfad in Abstimmung mit der ÖDG auf den neuesten Stand der Wissenschaft gebracht. Sämtliche Behandlungsalgorithmen, wie z.B. die blutzucker- oder lipidsenkende Therapie, die Bluthochdruckbehandlung oder das diabetische Fußsyndrom betreffend, wurden überarbeitet. Das Diagnoseschema für die Erstdiagnose Diabetes mellitus wurde etwa um den HbA_{1c}-Wert als Diagnosekriterium ergänzt. Zielwerte des HbA_{1c} wurden – nicht nur altersbezogen, sondern auch auf Begleit- und Folgekrankheiten bzw. Lebensumstände Rücksicht nehmend – neu adaptiert. Mit dem LDL-Zielwert unter 70 mg/dl bei Typ-2-Diabetikern als Hochrisikopatienten erfolgte eine Angleichung an wesentliche internationale Fachgesellschaften. Mit Stand 1. September 2015 sind zirka 45.000 eingeschriebene Patienten und 1200 Ärzte am DMP beteiligt.

P: Wird das Problem der Unterzuckerung bei Diabetes im Programm berücksichtigt? Was versteht man unter Hypoglykämie und wie wird sie definiert?
Erwin REBHANDL: Im DMP wird gefragt, ob jemand Hypoglykämien hat. Patienten werden laufend auf das Thema angesprochen und bei Bedarf wiederholt über die Symptome informiert. Im Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker wird das Thema Hypoglykämie durchaus angesprochen, aber nicht intensiv genug behandelt. Grundsätzlich ist zu sagen, dass das derzeitige Schulungsprogramm inhaltlich und auch aus pädagogischer Sicht überaltert ist und dringend überarbeitet werden sollte.

Helmut BRATH: Hypoglykämien werden wissenschaftlich sehr unterschiedlich definiert. Zum Beispiel definiert die EMA (European Medicines Agency) sie mit einem Blutzuckerwert von ≤ 54 mg/dl, die ADA (American Diabetes Association) mit einem Wert von < 70 mg/dl. Für die Praxis besonders relevant ist die Unterscheidung zwischen leichten (jemand kann sich noch gut selbst helfen) und schweren Hypoglykämien (jemand braucht Fremdhilfe). Es gibt aber auch asymptomatische Hypoglykämien (Blutzucker < 70 mg/dl, ohne dass der Patient es bemerkt) und Pseudohypoglykämien (BZ ≥ 70 mg/dl, aber Symptome).



Diese treten besonders häufig bei starken Schwankungen des Blutzuckers auf. Wichtig ist es, Patienten zu schulen und aufzuklären, Symptome proaktiv zu erfragen (nicht nur zu warten, was der Patient von sich aus berichtet) und die Therapie entsprechend zu adaptieren. Speziell, aber nicht nur bei älteren Menschen verlaufen Symptome oft atypisch (z. B. als Apathie oder Depression). Ferner ist bei Menschen mit eingeschränkter Nierenfunktion das Risiko deutlich erhöht. Hypoglykämien erfolgen vor allem therapieinduziert, wobei Sulfonylharnstoffe häufig noch gravierender Hypoglykämien verursachen als Insulin.

Thomas C. WASCHER: Hypoglykämie ist eine distinkte Komplikation der Diabetes-therapie. Es gibt nur zwei Substanzgruppen, die Hypoglykämien verursachen, Insulin und Sulfonylharnstoffe. Diese therapieinduzier-



glykämien wird die Gegenregulation des Insulins oder des Sulfonylharnstoffs unterdrückt oder so weit antagonisiert, dass der Zucker weiter abfällt. Das führt letztendlich zu neuroglykopenischen Symptomen, die eine Bewusstseinsstörung bis hin zum Koma ergeben. Viele schwere Hypoglykämien steigern zudem das kardiovaskuläre Risiko eines Patienten.

Erwin REBHANDL: Wichtig ist es, dass die Patienten die Symptome bei einer Behandlung mit Insulin oder Sulfonylharnstoffen kennen. Bei anderen Medikamenten kommt eine schwere Hypoglykämie kaum vor.

P: Wie erleben Patienten eine Hypoglykämie?
Peter P. HOPFINGER: Patienten haben natürlich Angst vor Hypoglykämien. Sie wissen nicht, was auf sie zukommt, wenn sie schwitzen, zittern oder Sehstörungen haben. Sie müssen lernen damit umzugehen. Nicht gut geschulte Patienten können Unterzuckerungen oft nicht erkennen oder führen die Symptome auf etwas anderes zurück. Im DMP wird das besprochen. Die einmalige Schulung eines DMP-Patienten nutzt jedoch nur bedingt. Nachschulungen sind unbedingt notwendig. Die Sensibilität für Unterzuckerungen muss geschult werden, da viele Patienten eine Hypoglykämie nicht bemerken.

P: Was wird vonseiten des Kuratoriums für Verkehrssicherheit getan?
Christoph FEYMANN: Gemeinsam mit dem Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie (bmvit) haben wir KEZ-Leitlinien erarbeitet. Laut dem Vertrauensgrundsatz müssen alle Verkehrsteilnehmer verkehrstüchtig sein. Relevant ist natürlich auch das Interesse jedes Einzelnen. Es geht um den Erhalt der Mobilität der Menschen. Das kann besonders in ländlichen Gegenden zum Problem werden, wo sie fast täglich auf das Auto angewiesen sind. Es geht um Bewusstseinsbildung. Patienten müssen Anzeichen einer Hypoglykämie früh erkennen. Bei Risikogruppen erfolgt bei Neuerwerb des Führerscheins eine Befristung mit regelmäßiger fachärztlicher Kontrolle. Bei Diabetikern ist der Führerschein auf drei bis fünf Jahre befristet.

P: Welche Möglichkeiten hat der betreuende Arzt, um Hypoglykämien zu vermeiden?
Peter FASCHING: Typ-1-Diabetiker sind auf Insulin angewiesen, hier gibt es keine andere Möglichkeit. Sie haben ein unvermeidbares Hypoglykämierisiko. Diese Gruppe macht etwa zehn Prozent aller Betroffenen in Österreich aus. Moderne Insuline bieten jedoch aufgrund ihrer Wirkkinetik für die Gruppe der Typ-1-Diabetiker mehr Sicherheit. Bei

den etwa 400.000 Typ-2-Diabetikern besteht nicht für alle ein Hypoglykämierisiko. Besonders gefährdet sind jene, die Sulfonylharnstoffe erhalten. Diese sind schon sehr lange am Markt und stehen bei einem Typ-2-Diabetes am Anfang der Therapiekaskade. Vergleicht man die Tagestherapiekosten eines modernen oralen Antidiabetikums mit jenen der alten Sulfonylharnstoffe, betragen diese rund das Zehnfache. Der behandelnde Arzt muss entscheiden, welche Option er wählt. Der Trend geht in Richtung Medikamente, die keine Hypoglykämien verursachen. Diese Entscheidung muss jedoch im Bewusstsein der höheren Kosten getroffen werden.

Helmut BRATH: Es herrscht das Paradigma, dass je intensiver die Therapie und je stärker die Blutzuckersenkung sei, desto mehr Hypoglykämien in Kauf genommen werden müssten. Diese Zeit ist vorbei. Heute kann man mit modernen Medikamenten ohne Hypoglykämierisiko exzellente Blutzuckereinstellungen erreichen. Sulfonylharnstoffe müssen nicht mehr an vorderer Stelle verwendet werden (obwohl zu sagen ist, dass Glucilid-Präparate wahrscheinlich besser sind als andere Sulfonylharnstoffe). Es existieren moderne orale Antidiabetika mit deutlich besserem Nebenwirkungsprofil und oft stärkerer Senkung des Blutzuckers. Auch bei den Insulinen gab es einen großen Wechsel: Moderne Insuline sind sicherer und im täglichen Leben für den Patienten einfacher. Der billigste Patient ist der gut eingestellte, mit wenigen Spitalsaufenthalten, wenigen Krankenständen und wenigen diabetesbedingten Spätschäden.

Claudia FRANCESCONI: Wenn nur die Medikamentenkosten berücksichtigt werden, geht die Rechnung zugunsten aller

Medikationen auf. Krankenhausaufenthalte oder soziale Komponenten werden bei Erstellung der Gesamtrechnung weder diskutiert noch miteinbezogen. Würden die langfristigen Folgen wie Berufsunfähigkeit, Invalidität und Pflegebedürftigkeit mitgezählt, wären Patienten mit nicht hypoglykämieträchtigen neuen Therapiekombinationen sicher die billigsten.

P: Wie wird in der Arbeitswelt mit Hypoglykämie umgegangen?
Bernhard SCHWARZ: Krankheit ist immer auch Behinderung. Bei Selbst- und Fremdgefährdung müssen besondere Schutzmaßnahmen ergriffen werden und die Betroffenen aufgeklärt sein. Diabetiker können sich an Betriebsärzte oder die arbeitsmedizinische Betreuung wenden. Der Arzt muss sie auf ihre Verantwortung hinweisen. Es ist vernünftig, das Umfeld entsprechend vorzubereiten und bei einem Hypoglykämierisiko auch die Arbeitskollegen zu schulen.

P: Gehen Ärzte ein Risiko ein, wenn sie Sulfonylharnstoffe verordnen?
Erwin REBHANDL: Meine Patienten haben kaum Hypoglykämien. Ich habe aber auch wenige Typ-2-Diabetiker, die Sulfonylharnstoffe nehmen, wobei ich hier ausschließlich Glucilid verwende. Es ist aber im Einzelfall oft sinnvoll und notwendig, mit neueren Medikamenten zu behandeln. Es sind nicht die Medikamente, sondern die Spitalsaufenthalte, die die Gesamtkosten in die Höhe treiben.

Claudia FRANCESCONI: Die profane Wahrheit zu Sulfonylharnstoffen ist, dass diese kein Arzt, wäre er selbst Betroffener, schlucken würde, solange es Alternativen gibt.

Ein Sulfonylharnstoff macht Sinn, wenn andere Optionen ausgeschöpft oder kontraindiziert sind. Man würde sich selbst das Risiko einer Unterzuckerung nicht antun wollen. Warum soll ich es also meinen Patienten aberbelangen? Sulfonylharnstoffe sind weder Gift noch obsolet. Aber sie haben weder eine pathophysiologisch sinnvolle Funktion im Krankheitsverlauf noch Sicherheitsdaten. Da darf kein falsches Bild vermittelt werden. Sulfonylharnstoffe bewirken eine blutzuckerunabhängige Insulinfreisetzung, haben aber für den Patienten sonst keinerlei positiven Effekt.

Thomas C. WASCHER: Der Anteil an Verschreibungen von Sulfonylharnstoffen in Österreich beträgt aktuell knapp 23 Prozent. In Portugal liegt der Wert im tiefen Bereich.

Helmut BRATH: Ja, durch das erhöhte Risiko für Hypoglykämien und die bis auf Glucilid fehlenden Sicherheitsdaten aus Endpunktstudien. Wir dürfen nicht vergessen, dass Hypoglykämien großes menschliches Leid, Gewichtszunahmen durch präventives Essen und auch große Kosten verursachen.

P: Warum hängt Österreich offenbar altbewährten Therapieformen nach?
Claudia FRANCESCONI: Sulfonylharnstoffe liefern einen schnell sichtbaren, aber nicht nachhaltigen Erfolg. Sie würden heute aufgrund der erforderlichen Sicherheitsstudien vermutlich niemals zugelassen werden. Bei neuen Präparaten ist eine Wirkung bzw. Verbesserung der Stoffwechsellage in einigen Fällen nicht so schnell ersichtlich. Für all diese Präparate

In Kooperation mit: **KURIER**

sind Sicherheitsstudien zwingend vorgeschrieben und auch erfolgreich durchgeführt worden.

Thomas C. WASCHER: Durch die Sicherheitsstudien besteht eine sehr gute Evidenz über die Sicherheit der neuen Substanzen. Eine Evidenz, die wir für keinen Sulfonylharnstoff haben.

Reinhold PONGRATZ: Der Einsatz von Sulfonylharnstoffen muss genau überlegt sein, d. h., nicht jeder Patient wird für diese Medikamentengruppe geeignet sein. Unflüchtig ist dabei eine ausführliche Aufklärung des Patienten über mögliche Nebenwirkungen, insbesondere das Risiko einer Unterzuckerung. Für eine moderne hochqualitative Diabetes-therapie sind eine adäquate Ausbildung und auch entsprechende Erfahrung, unter anderem mit den neuen zur Verfügung stehenden Substanzgruppen, notwendig, damit diese möglichst effektiv und effizient zum Nutzen der Patienten eingesetzt werden können. Weitere Diskussionen dazu sind erforderlich. ■



Prim. Dr. Reinhold Pongratz, Steiermärkische Gebietskrankenkasse (STGKK)



Univ.-Prof. Dr. Thomas C. Wascher, Präsident der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG)



Mag. Christoph Feymann, Kuratorium für Verkehrssicherheit (KFV)



Peter P. Hoppfinger, Diabetes Austria – Initiative Soforthilfe für Menschen mit Diabetes



Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Fasching, 5. Med. Abteilung mit Endokrinologie, Rheumatologie und Akutgeriatrie im Wilhelminenspital



OA Dr. Helmut Brath, Gesundheitszentrum Wien-Süd



Prim. Dr. Claudia Francesconi, SKA-RZ Alland für Stoffwechselerkrankungen der PVA



Univ.-Prof. Dr. Bernhard Schwarz, Zentrum für Public Health der MedUni Wien (ZPH)



Dr. Erwin Rebhandl, AM Plus

Diabetes im Griff – fortschrittliche Wege in der Betreuung chronisch Kranker durch aktive Therapie

Ein Disease-Management-Programm (DMP) ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch Kranke, das eine kontinuierliche und qualitativ hochwertige Versorgung nach evidenzbasierten Erkenntnissen organisiert. Dabei ergeben sich nicht nur für Patienten deutliche Vorteile, auch für Ärzte stellt ein DMP eine wesentliche Unterstützung bei der Optimierung der Behandlungsstrategien dar. Unter Miteinbeziehung des Ordinationsteams können alle Aufgaben rund um das DMP gut in den Praxisalltag integriert werden und so zu einer wertvollen Entlastung in der Betreuungsorganisation führen. Im Mittelpunkt des Programms steht der Patient, der seinen Diabetes – motiviert durch die zur Verfügung stehenden Therapiemöglichkeiten – aktiv und eigenverantwortlich im Griff haben soll. Arzt und Patient legen gemeinsam sinnvolle und erreichbare Ziele und Behandlungsstrategien fest, die zum Erfolg führen sollen. In Österreich wird seit 2007 in nahezu allen Bundesländern mit Ausnahme von Kärnten und Tirol das DMP „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ angeboten. Durch die evidenzbasierte Langzeitbetreuung von Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 soll vor allem die Lebensqualität der Betroffenen verbessert werden. Ferner möchte man Folgeschäden und die Mortalitätsraten reduzieren.

Als Unterstützer und Wegbereiter des Programms äußern sich im PERISKOP neben Univ.-Prof. Dr. Thomas C. Wascher, Präsident der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG), auch Primarius Dr. Reinhold Pongratz, MBA, Ärztlicher Leiter der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (STGKK), Mag. Peter McDonald, Verbandsvorsitzender des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB), sowie Dr. Christoph Dachs, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM).

Von Mag. Elisabeth Rapp



„Die Österreichische Diabetes Gesellschaft (ÖDG) sieht es als ihre Aufgabe an, die Gesundheit und Lebensqualität von Menschen mit Diabetes mellitus zu verbessern. Die wissenschaftliche Evaluierung des DMP wie auch die enge Abstimmung der medizinischen Inhalte mit der ÖDG sind wichtige Schritte auf dem Weg zu einer optimierten Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus in Österreich. Die ÖDG begrüßt und unterstützt das Anliegen des DMP „Therapie Aktiv“, das Programm generell in der Primärversorgung außerhalb des Spitals flächendeckend anzubieten. Denn auch Ärzte profitieren von der diagnostischen und therapeutischen Sicherheit durch die im DMP vorgegebenen Strukturen.“

Univ.-Prof. Dr. Thomas C. Wascher
Präsident der ÖDG



„Der Anstieg der Typ-2-Diabetiker in Österreich stellt nicht nur für die Patienten eine enorme Belastung dar. Auch das Gesundheitssystem wird vor eine große Herausforderung gestellt. In Österreich leiden ca. 570.000 Personen an Diabetes mellitus Typ 2. Experten erwarten bis zum Jahr 2030 einen weiteren Anstieg der Krankheit um 35 Prozent. Das DMP „Therapie Aktiv“ soll dabei helfen, die Versorgungsstrukturen für Diabetiker zu verbessern und gefährdete Nebenwirkungen und Spätfolgen der Erkrankung zu minimieren. Länger leben bei guter Gesundheit kann und soll damit möglich gemacht werden – mit den nun vorliegenden wissenschaftlichen Ergebnissen sind die angenommenen Erfolge auch wissenschaftlich belegt.“

Primarius Dr. Reinhold Pongratz
MBA, Ärztlicher Leiter der STGKK



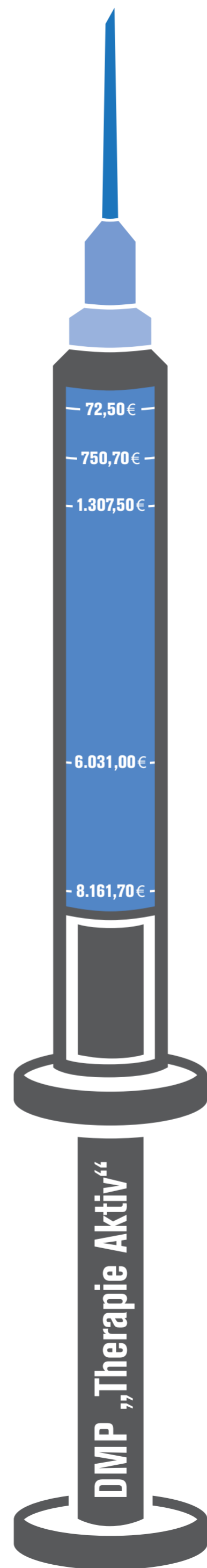
„Die Versorgungsqualität für Menschen mit Typ-2-Diabetes, die in einer strukturierten Betreuung beim Arzt sind, verbessert sich nachweislich: höhere Lebensqualität, weniger Spitalsaufenthalte. Betroffene lernen durch spezielle Schulungen einen besseren Umgang mit ihrer Erkrankung. Dieses Wissen trägt wesentlich dazu bei, schwere Folgeerkrankungen zu verhindern. Leider bieten noch immer zu wenige Mediziner diese strukturierte Betreuung an. Mein Appell ergeht an Hausärzte und Internisten, sich aktiv an diesem Behandlungsansatz zu beteiligen, um die Versorgung von Menschen mit Diabetes Typ 2 flächendeckend und nachhaltig zu verbessern. Die Teilnahme am strukturierten Betreuungsprogramm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ und die damit verbundene verbesserte Versorgungsqualität werden vonseiten der Sozialversicherung zusätzlich honoriert.“

Mag. Peter McDonald
Verbandsvorsitzender HVB



„Als Befürworter vielversprechender neuer Ansätze in der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen war es für mich als Allgemeinmediziner selbstverständlich, mich am Projekt „Therapie Aktiv“ zu beteiligen. Das Programm bietet höchsten Standard in der Diabetikerbetreuung. Ich kann meinen Kolleginnen und Kollegen aus der Allgemeinmedizin die Teilnahme daher nur empfehlen. Dieses DMP ist eine positive Systematisierung des Behandlungskonzepts in der Betreuung von Diabetespatienten und leistet auch einen wesentlichen Beitrag dazu, das Ziel, die Allgemeinmedizin hinsichtlich Diabetes zu spezialisieren, zu verwirklichen.“

Dr. Christoph Dachs
Präsident ÖGAM



Das DMP „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ ...

... ist ein Disease-Management-Programm (DMP), das in Österreich seit 2007 bei niedergelassenen Ärzten angeboten wird. Anstelle anlassbezogener Intervention wird Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 ein strukturiertes Langzeitbetreuungsprogramm geboten und eine individuelle und umfassende Behandlung ermöglicht.

... verfolgt das Ziel, die Lebensqualität von Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 trotz schwerer Erkrankung zu erhalten und zu verbessern. Es wird eine möglichst frühzeitige Diagnosestellung von Betroffenen, eine intensivere Betreuung durch den Arzt und ein Mehr an Wissen über die Erkrankung angestrebt.

... hat mehrere wesentliche Bestandteile wie etwa die von Arzt und Patient gemeinsam festgelegten, individuell auf den Betroffenen zugeschnittenen Therapieziele. Im Programm enthaltene regelmäßige Untersuchungen gewährleisten außerdem eine optimale Verlaufsbearbeitung der Erkrankung. Ein weiterer wesentlicher Bestandteil ist die Patientenschulung, die von einem interdisziplinären Team geleitet und durchgeführt wird. Besonders stark wird dabei auf Selbstbestimmung und Selbstmanagement der Betroffenen gesetzt.

... erfolgt sehr praxisorientiert, d. h., nach den administrativen Agenden werden vom behandelnden Arzt DMP-spezifische Untersuchungen vorgenommen (Anamnese, HbA_{1c}-Wert-Messung, Fußuntersuchung etc.) und gemeinsame Zielvereinbarungen (HbA_{1c}-Senkung, Ernährungsumstellung etc.) festgelegt. Ein Fokus wird auf eine nichtmedikamentöse Begleittherapie gelegt. Zudem werden die Behandlung und die Betreuung über den gesamten Behandlungszeitraum exakt dokumentiert.

... ist eine Besonderheit, da es im österreichischen Gesundheitssystem eine völlig neue Art der Behandlung und Betreuung von Menschen mit einer chronischen Erkrankung darstellt. Das Programm richtet sich an Betroffene mit der Diagnose Diabetes mellitus Typ 2. Die Teilnahme ist freiwillig und kostenlos und setzt die Bereitschaft der Patienten, aktiv am Programm mitzuwirken, voraus. Allgemeinmediziner oder Internisten erhalten für diese verbesserte Versorgungsqualität pro eingeschriebenem Diabetespatienten rund 100,00 Euro zusätzlich pro Jahr. Mittlerweile werden im Programm bereits 45.103 Patienten von 1188 Medizinerinnen betreut (Stand: 03.08.2015).

Weiterführende Informationen sowie die Ansprechpartner in den teilnehmenden Bundesländern finden sich unter: „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“: diabetes.therapie-aktiv.at

Medizinische Komponenten

3,21 %	Mortalität	4,94 %
0,59 %	Folgeerkrankung Myokardinfarkt	0,64 %
1,05 %	Folgeerkrankung Schlaganfall	1,16 %

Ökonomische Komponenten 2012/13

EUR 72,50	Transportkosten	EUR 108,50
EUR 750,70	Arzteigenkosten	EUR 673,40
EUR 1.307,50	Heilmittelkosten	EUR 1.324,30
EUR 6.031,00	Stationäre Kosten	EUR 7.039,00
EUR 8.161,70	Gesamtkosten pro Patient	EUR 9.145,10

Erste Erfolge durch Disease-Management-Programme

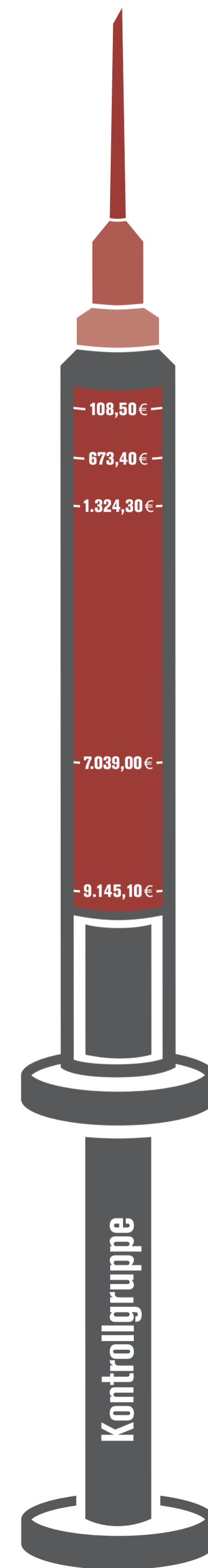
Durchgeführte Studien aus den Jahren 2001–2003 kamen bereits zu dem erfreulichen Ergebnis, dass Krankenhausaufenthalte durch Diabetes-DMPs reduziert und in der Folge Kosteneinsparungen erreicht werden konnten. Auch in Bezug auf die Patientenorientierung erfolgte durch diese Art der Betreuung und Behandlung eine signifikante Verbesserung des Wissens über Diabetes und – damit verbunden – eine hohe Patientenzufriedenheit. Eine Evaluationsstudie der Medizinischen Universität Graz aus dem Jahr 2014 kam ebenso zu dem eindeutigen Ergebnis, dass in Österreich durch das DMP „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ erste Erfolge hinsichtlich dieser Behandlungsstrategie sichtbar werden.

Österreichweite wissenschaftliche Evaluierung des DMP „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“

- ▶ Retrospektive Beobachtungsstudie im Kontrollgruppendesign mit minimaler Beobachtungsdauer von vier Jahren (ab 2007) im Rahmen eines Propensity-Score-Matchings (PSM)
- ▶ Daten von 6723 DMP-Teilnehmern und 21.543 Nicht-DMP-Patienten in der Kontrollgruppe (KG)
- ▶ Evaluierung des DMP hinsichtlich medizinischer sowie ökonomischer Auswirkungen
- ▶ Primärer Endpunkt der medizinischen Effektivität: Mortalität
 - Mortalitätsrate bei DMP-betreuten Diabetikern um signifikante 35 Prozent niedriger
- ▶ Auswertung weiterer diabetesspezifischer Folgeerkrankungen: Myokardinfarkt, Schlaganfall
 - Unterschiede auch zwischen den Gruppen in Bezug auf die diabetesspezifischen Folgeerkrankungen: im Vergleich DMP und KG um acht Prozent weniger DMP-Patienten von Herzinfarkten betroffen und zehn Prozent geringere Schlaganfallrate
- ▶ Kosten (Arzteigen-, Spitals-, Heilmittel- und Transportkosten) und Krankenhausaufenthalte
 - Gesamtkostenreduktion von elf Prozent bei DMP-Patienten
 - Rückgang der stationären Kosten durch DMP, jedoch steigende Kosten im Bereich Arzteigenleistungen durch die intensivere Behandlung von Patienten im DMP
 - durchschnittliche Krankenhausaufenthalte: DMP 15,6 Tage, KG 17,9 Tage

Weitere Implementierung des DMP „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ sehr wünschenswert

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass das DMP „Therapie Aktiv“ deutlich positive Effekte hat, sowohl hinsichtlich einer geringeren Sterblichkeitsrate und in Bezug auf schwere Folgeerkrankungen als auch auf die Betreuungskosten. Es verdeutlicht außerdem, wie sehr nicht nur Patienten, sondern auch das Gesundheitssystem vom DMP-Programm profitieren können.



Neue App ermöglicht gehörlosen Menschen in Österreich flächendeckend barrierefreien Zugang

Laut Gesundheitsziel 2 sollen alle Bevölkerungsgruppen über gerechte Chancen verfügen, ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen. Das Gesundheits- und Sozialsystem ist so zu gestalten, dass ein gleicher, zielgruppengerechter und barrierefreier Zugang für alle gewährleistet ist. Schaffung und nachhaltige Sicherstellung des Zugangs für alle zu evidenzbasierten Innovationen im Gesundheitsbereich muss gemeinsames Ziel aller Akteurinnen und Akteure im Gesundheitssystem sein (www.gesundheitsziele-oesterreich.at).

Auch das Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz soll die Diskriminierung von Menschen mit Behinderung in Österreich verhindern. Ziel ist die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und eine selbstbestimmte Lebensführung. Bislang wurde Barrierefreiheit aber oft nur baulich verstanden. Dabei wurde übersehen, dass sie weit darüber hinausgeht und z.B. auch die Bereitstellung von Informationen und die Aufklärung über medizinische Maßnahmen beinhaltet.

2013 zeigte das Projekt „Videodolmetschen im Gesundheitswesen“, dass nicht alle in Österreich lebenden Menschen den gleichen Zugang zu Angeboten des Gesundheitssystems haben. Insbesondere Sprach- und Verständnisbarrieren sind hier wesentlich. Sowohl im öffentlichen wie auch Gesundheitsförderungsbereich ist u.a. für Gehörlose ein barrierefreier Zugang nicht flächendeckend gegeben. Derzeit kann rund ein Drittel des Gebärden-

dolmetschbedarfs nicht erfüllt werden. Das liegt auch daran, dass es nur eine geringe Anzahl an Gebärdendolmetscherinnen und -dolmetschern gibt. Für die Angehörigen der Gesundheitsberufe stellt das eine große Herausforderung dar, weil sie aufgrund der Sprachbarriere mit gehörlosen Menschen schwer kommunizieren können. Oftmals müssen Untersuchungen verschoben und muss mühsam ein Gebärdendolmetscher organisiert werden. So werden im Gesundheitssystem wertvolle Ressourcen vergeudet.

Aus diesem Grund startete die Plattform Patientensicherheit 2015 erneut ein innovatives Projekt, um durch Videodolmetschen für alle gehörlosen Menschen einen flächendeckenden barrierefreien Zugang zu schaffen. Es wird u.a. vom Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) und dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) finanziert. Durch die Zusammenarbeit mit der SAVD Videodolmetschen GmbH, die mit-

hilfe der Plattform Patientensicherheit aus dem ersten Pilotprojekt entstanden ist, können nun erstmals Gebärdensprachdolmetscherinnen und -dolmetscher mittels App auf Smartphones und Tablets zugeschaltet werden.

Die neue Anwendung wird ab Oktober 2015 als Testversion über die Homepage www.gehoert.org kostenlos verfügbar sein und kann nach einer Registrierung auf Smartphones und Tablets verwendet werden. Von Montag bis Freitag stehen von acht bis 17 Uhr geprüfte Dolmetscherinnen und Dolmetscher für die österreichische Gebärdensprache bereit. Für ein gedolmetschtes Gespräch aktiviert man einfach das mobile Datennetz, platziert das Gerät auf stabilem Untergrund – und schon kann's losgehen.

Im Rahmen des Projekts kann die App in den vom FGÖ und dem BMASK ausgewählten Stellen bzw. Institutionen kosten-

los genutzt werden. Damit wird auch gehörlosen Menschen Chancengerechtigkeit im Gesundheitswesen gewährleistet. Darüber hinaus erleichtert die App den Angehörigen der Gesundheitsberufe eine sichere Kommunikation mit Gehörlosen und diese können schneller und effizienter behandelt und betreut werden. Nicht zuletzt führt sie zu massiven Einsparungen, da für diese Dolmetscheinsätze keine Anfahrtskosten anfallen und die Leistung nach Minuten abgerechnet werden kann.

Nähere Informationen:
www.plattformpatientensicherheit.at
www.gehoert.org

Gesundheit 2020 – der Patient im Mittelpunkt

Am 24. Juni fand in der Wirtschaftskammer Österreich eine Pressekonferenz statt, die sich ganz dem Thema „Bestmögliche Qualität im Gesundheitssystem“ verschrieb. Am Podium präsentierten die Sprecher Dr. Bernhard Rupp von der Arbeiterkammer Niederösterreich, Dr. Gerald Bachinger von der Niederösterreichischen Pflege- und Patientenrechtsanwaltschaft und Dr. Martin Gleitsmann von der Wirtschaftskammer Österreich umfassende Lösungsansätze, um die Qualität des heimischen Gesundheitssystems für alle Teilnehmer – allen voran den Patienten – zu erhöhen.

Von Maximilian Kunz, MAS, MBA

on: „Bevor wir überhaupt über die erschnelte gute Qualität der Behandlung sprechen können, müssen alle Patienten physisch und kulturell einen De-facto-Zugang zum Gesundheitsdiensteanbieter haben – auch bzw. insbesondere Menschen mit körperlichen Einschränkungen oder Sprachproblemen. Die Barrierefreiheit in Arztpraxen ist oft ein großes Problem für diese. Das kann und darf nicht sein.“ Hinzu kommt, dass mindestens jeder fünfte Patient nicht versteht, was Ärzte und Pflegekräfte ihm auf wichtige Fragen antworten. „Hier muss man bereits in der Ausbildung der Gesundheitsberufe ansetzen, um eine qualitätsvolle Behandlung durch gute Kommunikation und ein zufriedenes menschliches Miteinander zu gewährleisten. Qualität braucht nicht nur einen simplen Zugang, sondern auch gut

„Für gute Qualitätstransparenz brauchen wir mutige Politiker und vorbereitete Patientinnen und Patienten.“

systematisch genug behandelt werden. Die Zahl der an Diabetes erkrankten Männer in Österreich ist zwischen 1990 und 2013 um 129 Prozent gestiegen. Die Versorgung eines Typ-2-Diabetikers kostet im Durchschnitt pro Jahr zirka um 3300 bis 4000 Euro mehr als die eines vergleichbaren Nichtdiabetikers. An dieser Stelle setzt das Disease-Management-Programm „Therapie aktiv“ an, an dem bisher etwa 1200 Ärzte und 20 Prozent der Patienten teilgenommen haben. „Diese Ergebnisse sind klar ausbaufähig. Unser Gesundheitssystem ist nach wie vor auf Reparaturmedizin ausgerichtet. Der massive Wandel in den Krankheitsbildern hin zu chronischen Krankheiten wie Diabetes ist noch nicht in der Gestaltung der Patientenbetreuung angekommen. Das Disease-Management-Programm sollte so gestaltet werden, dass alle Diabetiker in Ös-



v.l.: Dr. Bernhard Rupp (Arbeiterkammer Niederösterreich), Dr. Martin Gleitsmann (Wirtschaftskammer Österreich), Dr. Gerald Bachinger (Niederösterreichische Pflege- und Patientenrechtsanwaltschaft)

Welche Veränderungen für die heimischen Patienten und Versicherten notwendig sind und wo Ansatzpunkte zu Reformen liegen könnten, zeigt das Konzept „Gesundheit 2020 – Patient im Mittelpunkt“ auf. Es fokussiert die bestmögliche Qualität für den Patienten und beschäftigt sich damit, was diese ausmacht und wie sie erreicht werden kann. Alle Gesprächsteilnehmer waren sich darüber einig, dass ein hoher Qualitätsanspruch zwar viel Geld koste, schlechte Qualität aber letztlich noch teurer käme. Entscheidend sei, dass die Patienten wissen, wo sie die für ihre individuelle Gesundheit bestmögliche Versorgung und Qualität finden. Ein Schritt in die richtige Richtung sei hierbei die Messung der Ergebnisqualität in Spitälern (Austrian Inpatient Quality Indicators, AIQI). Die für den Patienten relevanten Ergebnisse werden dabei allerdings nicht veröffentlicht. „Um die Qualitätstransparenz in Österreich eine ungläubliche Geheimniskrämerei inszenieren. Für gute Qualitätstransparenz brauchen wir

mutige Politiker und vorbereitete Patientinnen und Patienten“, betonte Bachinger. Die ARGE der Patientenanwälte hat bereits Ende Mai eine Resolution zum Thema Qualitätstransparenz erlassen.

Qualität setzt Wettbewerb um die beste Leistung voraus

Für die Erhöhung der Qualität des Systems ist ein gesunder Wettbewerb zwischen allen Anbietern von Gesundheitsleistungen essenziell. „Nur durch sinnvollen Wettbewerb kann der Patient von der besten Qualität profitieren. Das System spart langfristig Geld, indem qualitativ schlechte und teure Anbieter vom Markt verdrängt werden“, erläuterte Gleitsmann.

Qualität benötigt einen simplen Zugang und ausreichend Personal

Laut Dr. Bernhard Rupp von der Arbeiterkammer Niederösterreich ist der einfache Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen klarer Bestandteil dieser Qualitätsdiskussi-

ausgebildete Mitarbeiter in ausreichender Zahl. Daher benötigen wir bundesweit anwendbare Personalbedarfsberechnungsmodelle. Anderenfalls droht beispielsweise ein erhebliches Ansteigen nosokomialer Infektionen“, so Rupp weiter.

Behandlung chronischer Krankheiten erfordert besondere Qualität

Eine besondere Qualität der Behandlung ist im Bereich der chronischen Erkrankungen gefragt, deren Häufigkeit laufend zunimmt. Im renommierten Fachmagazin „The Lancet“ bestätigte jüngst eine Studie, dass die Österreicher zwar länger leben, parallel aber mehr Lebenszeit in Krankheit verbringen als früher, was auf den starken Anstieg nicht tödlicher Krankheiten zurückzuführen ist. Hierzulande liegt der Fokus noch immer auf der Vermeidung tödlicher Krankheiten. Starke Beeinträchtigungen, die mit chronischen Erkrankungen einhergehen, werden dabei gerne ignoriert. Ein plakatives Beispiel sind die Diabetiker, die nach wie vor nicht

reich davon profitieren können. Außerdem sollten wir den technischen Fortschritt für die Medizin nutzen, um gerade chronisch Kranken eine bessere Lebensqualität zu ermöglichen“, so Gleitsmann.

Qualität in der richtigen Dosierung

Ein entscheidendes Qualitätskriterium ist die Festlegung eines effizienten und zielorientierten Maßnahmenportfolios. Kann gute Qualität doch auch bedeuten, etwas NICHT zu tun. In den USA wurde dazu die Kampagne „Choosing wisely“ ins Leben gerufen. Die Initiative soll das Bewusstsein über unnötige Eingriffe bzw. Maßnahmen erhöhen. Die Vision: lediglich jene Untersuchungs- und Therapiemethoden anzuwenden, die durch Evidenz gestützt sind und den Patienten tatsächlich nützen. ■

LANGER
ITAG DES DARMS

Save The Date – 11. Juli 2016 Der Lange Tag des Darms geht in die Verlängerung

Mehr als 1.500 Besucher konnte der Verein darm plus zum „Langen Tag des Darms 2015“ ins Museumsquartier locken. Aufgrund des großen Erfolges wird es auch 2016 wieder einen „Langen Tag des Darms“ geben, bei dem sich Betroffene, Patienten, Mediziner, Medien sowie alle am Thema Interessierte rund um das Thema Darmgesundheit informieren können.

Ein Video vom Langen Tag des Darms 2015 befindet sich auf der Homepage <http://darmplus.at/>

11. Juni 2016 – ganztägig, Museumsquartier

Interaktive Stationen, Vorträge, Informationsstände, ein 20m langes begehrtes Darmmodell, Medienarbeit uvm.

Seien Sie dabei!

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

- Logopräsenz auf diversen Ankündigungsmedien (Plakat, Website, etc.) und im Programmheft
- Firmen- und Logopräsenz am Veranstaltungsort (Ausstellungsstand, RollUps, Werbematerial)
- Sponsoring eines Fachvortrags etc.

Kontaktieren Sie uns unter:
office@darmplus.at

Geme informieren wir Sie und schnüren mit Ihnen ein individuelles Sponsoringpaket.



Partnerverwaltung für sicheren Datenaustausch – Herzstück der Sozialversicherung



MAG. MARTIN SCHAFFENRATH
HVB-Vorsitzender-Stv.

P: Wie aktuell sind diese Daten?

Schaffenrath: Die Aktualität ist eine grundlegende Voraussetzung. Täglich werden aus den in der Versicherungsdatei gespeicherten Daten sämtliche Krankenversicherungsansprüche aller in Österreich krankenversicherten Personen festgestellt. Eines der Kernstücke ist das System ELDA, darunter wird der elektronische Datenaustausch mit den österreichischen Sozialversicherungsträgern verstanden. Es dient den Dienstgebern und den Vertragspartnern zur Übermittlung ihrer Meldungen an die Sozialversicherung und die Finanzverwaltung. Die ELDA-Software, die die Verbindung zum elektronischen Datensammelsystem der Sozialversicherung herstellt, wird von allen Gebietskrankenkassen, der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, der Versicherungsanstalt der öffentlichen Bediensteten, der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, der Sozialversicherungsanstalt der Bauern, der allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, der Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien, den Betriebskrankenkassen und zusätzlich durch das Bundesministerium für Finanzen genutzt. Alle Meldungen werden in den vom Hauptverband festgelegten einheitlichen Datensätzen übermittelt.

P: Wie wird dieser Datenschatz des Hauptverbandes derzeit genutzt?

Schaffenrath: Dieser Datenschatz bildet die Datendrehscheibe des Hauptverbandes und dient zur Unterstützung der Kommunikation zwischen den Sozialversicherungsträgern. Diese Datendrehscheibe ist seit 1. Juli 1995 in Betrieb. Die Meldungen werden von den Versicherungsträgern und Partnern der Sozialversicherung weitergeleitet. Partner sind Bundesministerien, Landesregierungen, Bundesrechenzentrum, Arbeitsmarktservice und Statistik

tendrenscheibe direkt an den zuständigen Krankenversicherungsträger übermittelt. Dieser hat die Aufgabe, die AMS-spezifischen Zeiten- und Beitragsgrundlagen an die zentrale Versicherungsdatei zu melden. Täglich erfolgt die Verständigung an das AMS über allfällige beim Hauptverband gleichzeitig gespeicherte Zeiten des Bezuges einer Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung und einer Pflichtversicherung in der Sozialversicherung (Überlagerungsmeldungen).

P: Gibt es Optimierungsmodelle und Kooperationen?

Schaffenrath: Das EU-Projekt EESSI, Electronic Exchange of Social Security Information, ist ein solches Modell. Künftig können über dieses IT-System die Sozialversicherungsträger EU-weit schneller und sicherer Informationen austauschen. Gegenwärtig gibt es noch kein EU-weites System und der Informationsaustausch findet teilweise auf Papier statt. Vorgesehen ist, dass die gesamte Kommunikation zu grenzüberschreitenden Sozialversicherungsfällen zwischen den nationalen Trägern über strukturierte elektronische Dokumente erfolgt. Dies hat den Vorteil, dass die Anträge schneller bearbeitet werden können, und dies wirkt sich in einer rascheren Berechnung und Auszahlung der Leistungen aus. Das WESSI-System, Worldwide Exchange of Social Security Information, dient zum Datenaustausch im bilateralen Bereich außerhalb des EESSI-Kontextes und wurde mit Beginn des Jahres 2014 produktiv gesetzt. Als erstes Ergebnis kann aufgezeigt werden, dass bereits zwischen Deutschland und Österreich der Austausch der Pensionshöhe von jenen Versicherten, die sowohl eine deutsche Rente als auch eine österreichische Pension beziehen, erfolgt. ■

BioBox:

Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA, trat 1994 in den Landesdienst am LKH Innsbruck ein und war dort von 1994 bis 2001 Techniker für Narkose- und Beatmungsgeräte an der Univ.-Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin. 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. Seit 2013 ist er stv. Vorsitzender des Verbandsvorsands im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.



PERISKOP: Welche Daten der Versicherten werden vom Hauptverband verwaltet?

Schaffenrath: Der Hauptverband ist der Dreh- und Angelpunkt für alle Daten im Rahmen der Sozialversicherung. Von den für die Versicherung bzw. den Leistungsbezug bedeutsamen Daten (Versicherungsdaten) bis hin zum Pensionskonto (ePK). Die zentrale Partnerverwaltung ist ein Standardprodukt, das seit Mai 2008 österreichweit bei jedem Sozialversicherungsträger im Einsatz ist. Das hat den Vorteil, dass die gesamte Sozialversicherung mit einem zentralen Stammdatenverzeichnis für Dienstgeber, Versicherte und Leistungserbringer zusammengefasst werden kann. Als Partner gelten dabei sowohl Versicherte als auch Dienstgeber oder Leistungserbringer.

Diese Versicherungsdatei kann als das Herzstück des Hauptverbandes bezeichnet werden. In ihr sind und werden alle bedeutsamen Daten, die für die Versicherung bzw. den Leistungsbezug erforderlich sind, gespeichert. Weitere Daten wie Anschriften, familienrechtliche und sonstige Beziehungen, Beitragskontonummern und Bankverbindungen werden ebenso verwaltet und gespeichert. Zu diesem Zweck führt der Hauptverband eine zentrale Anlage zur Aufbewahrung und Verarbeitung dieser Informationen. Insgesamt sind zurzeit Daten von rund 14 Millionen Versicherungsnummern vorhanden. Alle diese Daten müssen mindestens 20 Jahre über den Tod der Person hinaus bzw. bis zum 120. Geburtstag der Person aufbewahrt werden.

Austria. Täglich werden jedem Versicherungsträger die für ihn beim Hauptverband eingelangten Meldungen (Datenbestände) zur Abholung über Datenfernübertragung bereitgestellt. Konkret bilden alle Daten eine unverzichtbare Grundlage für eine Vielzahl von automationsunterstützten Verfahren. Zur Veranschaulichung möchte ich hier als Beispiel den Datenaustausch mit dem Arbeitsmarktservice (AMS) aufzeigen. Seitens des AMS werden die für die Sozialversicherung bedeutsamen Daten wie z. B. der Bezug einer Geldleistung der Arbeitslosenversicherung für den Zeitraum bis 31. Dezember 2004 direkt an die zentrale Versicherungsdatei beim Hauptverband gemeldet. Für den danach liegenden Zeitraum werden die relevanten Daten über die Da-

„Der Hauptverband ist der Dreh- und Angelpunkt für alle Daten im Rahmen der Sozialversicherung.“

Burden of rheumatoide Arthritis

Chronische Leiden wie die Autoimmunerkrankung rheumatoide Arthritis können jeden treffen. Erste Schübe können schon in jungen Jahren auftreten und werden nur selten frühzeitig erkannt. In Österreich sind bis zu 80.000 Menschen betroffen. Eine von Roche initiierte Expertenrunde fand im Juli in Graz mit dem Ziel zusammen, Awareness für die chronische Gelenkentzündung zu schaffen. Vor diesem Hintergrund wurde das bestehende Therapieangebot evaluiert. Zudem wurden die aktuellen Entwicklungen aufgezeigt und Konzepte zur Optimierung der landesweiten Patientenversorgung diskutiert.

Von Maximilian Kunz, MAS, MBA

Die Teilnehmer

(in alphabetischer Reihung):
Dr. Reinhard GLEHR, Vizepräsident der ÖGAM und Allgemeinmediziner in Hartberg
Univ.-Prof. Dr. Winfried GRANINGER, Leitung der klinischen Abteilung für Rheumatologie, Uniklinik Graz
Prim. Dr. Monika MUSTAK-BLAGUSZ, Ärztliche Leitung des SKA-RZ Gröbming
Prim. Dr. Reinhold PONGRATZ, Leitender Arzt der STGKK
Dr. Anna VAVROVSKY, MSc, Gesundheitsökonomin – Academy for Value in Health

Moderation: Mag. Hanns Kratzer, PERI Consulting

Prim. Dr. Reinhold PONGRATZ

Alleine in der Steiermark sind etwa 12.000 Menschen – mehrheitlich im Alter zwischen 45 und 64 Jahren – betroffen. Treffen kann es aber jeden – unabhängig von Alter und Geschlecht. Bleibt eine entsprechende Therapie aus, so ist Invalidität die Folge. Das geht nicht nur mit persönlichem Leid, sondern auch mit einer volkswirtschaftlichen Belastung – etwa in Form von Krankenstand oder Frühpensionierung – einher. Nicht zu vergessen sind diverse Begleitkrankheiten wie Infektions- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Zudem nehmen Mobilität und Koordinationsfähigkeit im Krankheitsverlauf stark ab. Je eher also die Diagnose gestellt werden kann, desto breiter ist das potenzielle Behandlungsspektrum. Eine effiziente Basistherapie für alle Patienten mit dem Ziel der Eindämmung der Krankheitsaktivität muss daher oberste Priorität haben. In diesem Rahmen bedarf es neben der passenden Medikation, welche die Schmerzen lindert und die Lebensqualität steigert, auch einer gut informierten und geschulten Ärzteschaft. Trotz einer Verbesserung in den letzten Jahren ist zusätzliches Engagement erforderlich.

Dr. Anna VAVROVSKY

Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist Früherkennung fundamental. In einer Untersuchung haben wir gerade die Zahl der Neuerkrankungen an rheumatoider Arthritis mit der Anzahl niedergelassener Allgemeinmediziner verglichen. Demnach sieht jeder Allgemeinmediziner durchschnittlich 0,4 Patienten mit neu zu diagnostizierender rheumatoider Arthritis pro Jahr. Die Diagnosestellung ist oft keine einfache und erfordert spezialisierte Kenntnisse, weswegen es gute Ansätze wie die Früh-Arthritis-Sprechstunden gibt. Hier kann der Rheumatologe innerhalb weniger Minuten erkennen, ob es sich um eine entzündliche oder nichtentzündliche Form der Erkrankung handelt. Bei entzündlichen Formen ist der frühzeitige Therapiebeginn für den Erhalt der Arbeitsfähigkeit unabdingbar. Wir schätzen, dass 15 Jahre nach Diagnosestellung nur noch jeder dritte Patient in der Lage ist, einer Vollzeitbeschäftigung nachzugehen. Die Früh-Arthritis-Sprechstunde ist daher im intra- wie im extramuralen Bereich

in höchstem Maße kosteneffektiv. Leider ist sie in Österreich nicht flächendeckend verfügbar, es zeigen sich deutliche regionale Unterschiede. Im Alter zwischen 45 und 64 Jahren – also am Gipfel der Erwerbstätigkeit – finden die meisten Erstmanifestationen statt, was die Frage nach der Vereinbarkeit mit dem Arbeitsplatz zu einer so wichtigen macht. Aus großen internationalen Studien wissen wir zudem, dass die Arbeitsfähigkeit entscheidenden Einfluss auf die Lebensqualität hat. Wenn der Patient am Erwerbsprozess teilnimmt, ist seine subjektive Gesundheitswahrnehmung deutlich höher.

Univ.-Prof. Dr. Winfried GRANINGER

Die Belastung durch die rheumatoide Arthritis ist noch immer groß: sowohl für die betroffene Patientin, die um ihre Lebensqualität in der Zukunft bangt, als auch für die kostentragende Solidargemeinschaft der Sozialversicherten. Die pharmakologische Revolution der letzten Jahrzehnte hat mit der konsequenten Einhaltung der zielorientierten Behandlungsstrategien („treat to target“) und mit der Etablierung effizienter Immuntherapien von Methotrexat bis hin zu den so genannten Biologika einen Umbruch in der Schmerzbekämpfung, in der Vermeidung von Skelettdstrukturen gebracht. Die im Krankheitsverlauf möglichst frühe Sicherung der Diagnose ist die wichtigste Voraussetzung, um spätere anatomische und funktionelle Schäden durch die aggressive Gelenksinnenhautentzündung zu bremsen. Dazu gehört auch eine umfassende Betreuung der ganzen Patientin im Hinblick auf die psychosoziale Bewältigung der ja immer noch unheilbaren Erkrankung. Neue Konzepte wie die „rheumatologic health professionals“ vulgo Rheumaschwester ermöglichen durch die Spezialausbildung eine optimierte medizinische Betreuung. Die Grundlagenforschung macht weitere Fortschritte möglich – aber die Achtsamkeit hinsichtlich der Diagnose bleibt Aufgabe des gut ausgebildeten Allgemeinmediziners.

Dr. Reinhard GLEHR

Bei der hausärztlichen Diagnostik der rheumatoiden Arthritis hat sich aus meiner Sicht – insbesondere durch die „Arznei und Vernunft Initiative 2012“ – sehr wohl einiges getan: Das Bewusstsein gegenüber der Erkrankung ist gestiegen und auch in Bezug auf die vorhandenen Medikamente und deren positive Wirkung scheint mir eine deutliche Verbesserung der Situation gegeben. In meinem engeren Wirkungsbereich der Oststeiermark ist die gestufte Versorgung, die dem PHC-Konzept entspricht, gut etabliert.

Prim. Dr. Monika MUSTAK-BLAGUSZ

Die Versorgung in Ballungszentren erscheint mir deutlich besser gegenüber ländlichen Regionen – insbesondere hinsichtlich Reha-Zentren und Rheumatologen. Es gibt Gebiete, in denen im Umkreis von mehr als 60 Kilometern kein Rheumatologe verfügbar ist. Kleine Spezialzentren ergeben daher durchaus Sinn. Regionale Disparitäten müssen abgebaut werden. In Bezug auf die Rehabilitation

wird aus meiner Sicht die beruflich orientierte Reha an Bedeutung gewinnen. In der PVA ist man bemüht, den Patienten so lange wie möglich im Erwerbsprozess zu halten und in diesem bei Bedarf auch zu begleiten. Die Erkrankung betrifft aber – entgegen der weitverbreiteten Meinung – nicht nur Pensionisten. In der Reha wird heute weit mehr getan als „Kürübungen“, etwa in Form aktiver Schulungen zu Krankheit und Therapieformen. Bei der Frage nach ambulanter oder stationärer Reha gilt es, im Vorfeld

„Je eher also die Diagnose gestellt werden kann, desto breiter ist das potenzielle Behandlungsspektrum.“

die Erkrankungsphase zu definieren: Frühe Patienten werden kaum eine stationäre Reha brauchen, aber dennoch ausreichend Information zu Erkrankung, Therapie, Medikamenten etc. Obgleich die Zahl an schweren Fällen zurückgegangen ist, wird die rheumatoide Arthritis wohl eine Systemerkrankung bleiben. ■



v. l.: Univ.-Prof. Dr. Winfried Graninger, Prim. Dr. Monika Mustak-Blagusz, Dr. Reinhard Glehr, Dr. Anna Vavrovsky, Prim. Dr. Reinhold Pongratz

Attergauer Kultursommer 2015 – die Highlights

Wie vielfältig „Klänge bewegen“, so das Motto, und Begeisterungstürme beim Publikum hervorgerufen können, stellte Intendantin Mechthild Bartolomey 2015 erneut mit dem abwechslungsreichen Programm ihres Attergauer Kultursommers unter Beweis.

Eröffnet wurde das Festival mit einem spannenden Brückenschlag zwischen Werken Anton Bruckners und freien Jazzimprovisationen. Symphonic Brass, vier Posaunen, vier Trompeten und ein Vibraphon, machten durch bewusstes Hören, bei dem auch die Stille in der Pfarrkirche St. Georgen miteinbezogen wurde, auf grandiose Weise die Kraft der Musik erlebbar. Ein ganz besonders stimmungsvoller Abend.

Auch das Wetter spielte mit – und so wurden die beiden Freiluftkonzerte im Schloss Stauff für viele Konzertbesucher zu einem ganz außergewöhnlichen Erlebnis. Zum einen der Auftritt von Gansch/Breinschmid, zwei grenzgenialen Musikern, die das Unmögliche schafften und das Publikum mit Kontrabass und Trompete sowie reichlich dadaistischen Wortspielen und gepflegtem musikalischen Irrsinn gleichermaßen zum Staunen wie auch zum Lachen hinrissen. Drei Tage darauf begaben sich Federspiel auf gänzlich neue Wege: Sieben Vollblutmusiker definierten Blasmusik neu. Durch ihre Kreativität, ihren unbegrenzten Spielwitz und ihre kulturellen Differenzen kreierte das Ensemble eine neue vielfältige Komponente der allseits bekannten Volksmusik.

The Clarinots, Vater und zwei Söhne Ottersamer, sind längst nicht nur in ihrem Heimatland ein Geheimtipp für alle Freunde der Klarinette. Mit Bravour und Begeisterung für die Literatur der außergewöhnlichen Besetzung mit drei Klarinetten, wobei auch das Bassethorn zum Einsatz kam, zeigten sie in arrangierten Opernarien-Highlights mit halsbrecherischen Koloraturen, innigsten Pianoarien und atemlossem Pianissimo ihr großes Können.

Der Abend „Weg zum Besinnen – 70 Jahre nach dem Zweiten Weltkrieg“ geriet zu einem der Höhepunkte des Festivals: Elisabeth Orth, Doyenne des Wiener Burgtheaters, und fünf exzellente Musiker mit Isabel Charisius und Franz Bartolomey an der Spitze machten ihn zu einem wahren Ereignis. Gedichte von Anna Achmatowa erinnern in prägnanten Bildern an die Zeit des Stalinismus, das achte Streichquartett von Dmitri Schostakowitsch, den Opfern von Faschismus und Krieg gewidmet, und Mozarts g-Moll-Streichquintett ließen das Auditorium bewegt innehalten. Am Schluss dankte es den Künstlern mit Standing Ovations.

Rudolf Buchbinders Klavier Recital war der meistbegehrte Programmpunkt des Kultursommers. Ein restlos ausverkauftes Konzert in der Pfarrkirche von Vöcklabruck riss das Publikum zu Begeisterungstürmen hin: Mit

Bach, Schubert und Beethoven verzauberte der Vollblutmusiker Buchbinder mit seiner ungebrochenen Spielfreude, seiner Präzision und Musikalität. Ein weiterer Beweis, dass auch ohne Schnörkel und theatralisches Voodoo-Ritual eine Weltkarriere möglich ist. Ein großartiger Abend!

Dass zwölf Saxophone mit Highlights der Filmmusik in die Welt des Kinos entführen können, demonstrierte Selmer Saxharmonic mit einem eindrucksvollen Programm: Saxophone Cinema begeisterte mit der Musik von Morricone, John Williams, Nino Rota u. a., mit projizierten Szenen aus den Filmen „Fluch der Karibik“ („He is a Pirate“), „Spiel mir das Lied vom Tod“, „Psycho“, „La dolce Vita“ u. v. a. konnten die Besucher vollends in eine andere Welt eintauchen.

Die Große Kammermusik hat seit Jahren einen fixen Platz in der Planung von Intendantin Mechthild Bartolomey. Der Ausnahmegeiger Benjamin Schmid präsentierte mit



Mag. Mechthild Bartolomey

seinen Musikerfreunden Jasminka Stancul und Franz Bartolomey ein fames und heftig akklamiertes Trioprogramm mit Werken, bei deren Uraufführungen die Komponisten selbst musiziert hatten: Jean Sibelius spielte bei seinem Lovisa-Trio die Geige und Mendelssohn-Bartholdy saß bei seinem d-Moll-Trio, sowie Beethoven bei seinem Erzherzog-Trio, selbst am Klavier. Ein weiterer Höhepunkt des Festivals mit Gipfelwerken der Kammermusik!

Nicole Beutler – vielseitige Schauspielerin und Chansonnrière – lud mit den Wiener Theatermusikern in der Attergauhalle St. Georgen zu einer faszinierenden und mitreißenden musikalischen Reise ein: Mit „Liebes Lied“ sang und interpretierte, ja „lebte“ sie auf der Bühne Stationen einer großen Liederreise von den 1920er-Jahren bis ins Heute. Lieder über Wien, die Stadt ihrer Kindheit, Lieder über Paris, die Stadt der Liebe, Lieder über Berlin, die Stadt der schönen Künste. Ein facettenreicher Abend, heiter bis besinnlich – wie ein gutes Glas Rotwein.

Georg Friedrich Händel, einer der größten HITSCHREIBER der Barockepoche, vertonte in nur 24 Tagen seinen Messias: eine grandiose Wiedergabe mit wunderbaren Solisten, allen voran die strahlenden Stimmen von Cornelia Horak und Stephanie Iranyi sowie dem souveränen Tenor Daniel Johannsen, den traumhaften Chören der cappella nova graz und der Domkantorei St. Pölten unter der Leitung von Domkapellmeister Otto Kargl. Ein glanzvoller wie besinnlicher Abend.

Mit einem fulminanten und stürmisch akklamierten Abschlusskonzert ging der diesjährige Attergauer Kultursommer am 14. August zu Ende. Unter dem Titel Klassik goes Tango präsentierte das international gefeierte SIGNUM Sax Quartett und Matthias Bartolomey, Österreichs interessantester Jungcellist, Spiel- und dynamische Experimentierlust, die ihresgleichen sucht. Selten hört man Haydn, Tschaiakowsky und Piazzolla facettenreicher und mitreißender musiziert! Die fünf Musiker verzauberten buchstäblich mit ihrer sprühenden Leidenschaft und begeisterten das Publikum in der bis auf den letzten Platz gefüllten Kirche St. Georgen.

2016 feiert der Attergauer Kultursommer sein 35-jähriges Bestehen. Für dieses kleine Jubiläum plant Intendantin Mechthild Bartolomey einen künstlerischen Schwerpunkt rund um Gustav Mahler und Friedrich Gulda, zwei eng mit dem Attersee verbundene Komponistengrößen, die unterschiedlicher nicht sein könnten, aber doch auch viel gemeinsam haben ... Große Überraschungen sind eingeplant! ■



»Aus dieser Asymmetrie müssen wir raus«

Mehr als 600 Experten aus dem österreichischen Gesundheitsbereich sowie Politikgrößen folgten im August wieder dem Ruf des Europäischen Forums Alpbach. Priv.-Doz. Dr. Pamela Rendi-Wagner, MSc, Leiterin der Sektion III – Öffentliche Gesundheit und medizinische Angelegenheiten im Gesundheitsministerium, zieht im Interview mit dem PERISKOP ihr Resümee über Inhalte und Outputs der diesjährigen Gesundheitsgespräche, die unter dem Generalthema „Ungleichheit macht krank – Krankheit macht ungleich“ standen.

Von Mag. Martina Hofer, Bakk. phil., BA

PERISKOP: Was sind für Sie die Essenzen der Gesundheitsgespräche des Forums Alpbach?

Rendi-Wagner: Für mich hat das Publikum in diesen zwei Tagen klare Botschaften formuliert: zum einen den Wunsch nach einer stärkeren Patientenbeteiligung, nicht nur im Kontext des Behandlungsverlaufs, sondern auch innerhalb des politischen Planungs- und Steuerungsprozesses. Hierfür braucht es auch mehr Involvement von NGOs und Vertretern relevanter Personengruppen. Zum anderen wurde der klare Wunsch nach Konkretisierung an die Politik gerichtet sowie nach Umsetzungsprogrammen über administrative Zuständigkeiten der Ministerien und Institutionen hinaus. Nur so können wir das Thema der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit langfristig und nachhaltig mit Erfolg bearbeiten.

P: Wurden Lösungswege diskutiert oder Impulse gesetzt, wie künftig an das Thema der gesundheitlichen Chancengleichheit konkret herangegangen werden kann?

Rendi-Wagner: Es gab viele Ideen und gute Ansätze, welche sich zu einem Teil bereits auf den politischen Agenden bzw. in Umsetzung befinden. Allerdings sind diese noch nicht präsent im Alltag der Menschen angekommen. Dazu braucht es Zeit und Kommunikation mit der Öffentlichkeit. Das Konzept und Format der Gesundheitsgespräche in Alpbach bieten aber einen einzigartigen Raum, Vorschläge und neue Ideen zu diskutieren, auszutauschen und schließlich zu formulieren, um diese an die entsprechenden politischen Entscheidungsträger zu kommunizieren. Nun müssen wir an die Umsetzung gehen. Dabei sind aber alle gefragt.

P: Was werden Sie in den nächsten zwölf Monaten umsetzen? Welche Impulse haben Sie bekommen?

Rendi-Wagner: Ich nehme aus der Denkwerkstatt Alpbach eine gesunde Portion Unterstützung und Motivation für viele unserer bereits laufenden Projekte mit, die nur gemeinsam realisierbar sind. Wichtige Aspekte sind unter anderem die verstärkte Fokussierung auf Gesundheitsförderung und Prävention sowie mehr Patientenzentrierung. Allgemein ist die Bevölkerung laut Umfragen mit dem Gesundheitssystem noch zufrieden. Dennoch haben wir da und dort Optimierungsbedarf. Vieles, vor allem struktureller Natur, ist nicht mehr zeitgemäß. Daher wollen wir jetzt Maßnahmen für die Zukunft

setzen und nicht erst auf eine anwachsende Unzufriedenheit warten. Wo wir sicherlich differenzieren müssen, ist, was Patienten wollen und was sie tatsächlich brauchen. Das zu definieren ist auch Aufgabe der Experten und Expertinnen.

P: Stichwort interdisziplinäre Zusammenarbeit – letztes wie auch dieses Jahr Thema in den Gesundheitsgesprächen. Es scheint sich aber bislang wenig getan zu haben. Gibt es neue Impulse?

Rendi-Wagner: Wir haben eine über Jahrhunderte gewachsene, sehr starre Hierarchie innerhalb der Krankenversorgung. Das macht es zu einer großen Herausforderung. Es ist einfacher, festgefahrene Strukturen zu erhalten statt Neues zu versuchen. Diese Reorientierung in der multiprofessionellen Kooperation bedarf Zeit und hat viele Handlungsebenen. Die gute Nachricht: Dieser Prozess hat definitiv bereits begonnen. Fakt ist auch, dass unser System einen überdurchschnittlichen Input hat, der leider oft nicht mit dem Gesundheitsoutcome korreliert. Dieser ist etwa in einer unterdurchschnittlich gesunden Lebenserwartung im OECD-Schnitt messbar. Aus dieser Asymmetrie müssen wir raus.

P: Wurden hierzu Lösungsansätze diskutiert und was kann Ihr Ministerium hier tun?

Rendi-Wagner: Für mich kristallisieren sich hier unter anderem zwei wichtige Ansätze

heraus. Zum einen setze ich beim Patienten an: Ich gebe ihm mehr Kompetenz, indem ich etwa verständlichere Gesundheitsinformationen vermittele, und schaffe damit einen verbesserten und selbstbestimmten Umgang mit Krankheit und Therapie. Zeitgleich optimiere ich das Setting und schaffe beispielsweise klare Leitsysteme, um es den Menschen generell leichter zu machen, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden. Dazu gehören für mich auch ELGA oder TEWEB. Das sind Initiativen, die ganz stark in diese Richtung gehen.

P: Was bleibt Ihnen von Alpbach 2015 positiv in Erinnerung oder was würden Sie ändern?

Rendi-Wagner: Alpbach ist ein Ort der Vernetzung. Innerhalb von 48 Stunden findet man hier eine Präsenz von Entscheidungsträgern und Betroffenen in einer Dichte vor, wie es sonst nicht gibt. Die Möglichkeit zu einem informellen Austausch steht hier zentral. Für die Zukunft wünsche ich mir, dass der Weg des partizipativen Formats, auf den man nun schon seit einigen Jahren fokussiert, unbedingt weiter verfolgt wird.

P: Können Sie uns schon einen Ausblick auf Alpbach 2016 geben?

Rendi-Wagner: So viel kann ich verraten: Das Europäische Forum Alpbach wird sich im nächsten Jahr dem Generalthema „Aufklärung 2.0 – Vision und Realität“ widmen. ■

BioBox:

Priv.-Doz. Dr. Pamela Rendi-Wagner, MSc 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 der Rotavirusimpfung – darstellen.

PRIV.-DOZ. DR. PAMELA RENDI-WAGNER, MSc
Leiterin der Sektion III,
Öffentliche Gesundheit und
medizinische Angelegenheiten
im Gesundheitsministerium



LKF, quid agis?

Das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) wurde für die Abrechnung der stationären Spitalskosten entwickelt und wird seit 1997 angewandt. PERISKOP sprach mit Prim. Dr. Ludwig Neuner, der das Ärzteteam des LKF-Projektteams im BMG seit acht Jahren leitet.

Von Patrick Michael Hauptmann

PERISKOP: Wie sehen Sie das Produkt LKF?

Neuner: Das österreichische LKF-System war eines der ersten Fallpauschalsysteme, die in Europa eingeführt wurden. Durch die Verankerung vorgegebener Dokumentationsgrundlagen konnte ein hohes Maß an Transparenz im Gesundheitswesen erzeugt werden. Im direkten Ländervergleich mit Deutschland wird aber deutlich, dass der ökonomische Wind dort wesentlich schärfer weht. Bis zu einem gewissen Grad wäre das auch in Österreich wünschenswert. Sinngemäß ist das LKF-System nicht unbedingt ein Finanzierungs- sondern ein Mittelverteilungssystem. LKF hat sich mit einer Vielzahl an Daten über 18 Jahre entwickelt, dennoch haben wir kein bundesweit einheitliches System und unterliegen einem stark ausgeprägten Föderalismus. Das Produkt ist gut, die Umsetzung jedoch suboptimal.

P: Wo besteht Optimierungsbedarf?

Neuner: Das stationäre LKF-System war ursprünglich einfach aufgebaut. Mit der Zeit wurde es komplexer. Der Kurs soll aus meiner Sicht zurück in die Vereinfachung und eine verstärkte Pauschalierung – also zurück zu den Wurzeln – führen. Wir haben jährlich so genannte Wartungsjahre, die kleinere Systemänderungen ermöglichen. Im 5-Jahresrhythmus wird das Gesamtsystem neu kalkuliert und eröffnet Chancen für große Veränderungen. Im Rahmen der sektorenübergreifenden Finanzierung führt der erste Schritt in die Spitalambulanz. Die Einrichtung eines Fallpauschalsystems im spitalsambulanten Bereich hätte bereits 2016 umgesetzt werden sollen - leider wird uns das nicht gelingen. Die Implementierung steht am Arbeitsplan 2017 und wird ein fließender Übergang sein. Auch im Bereich der Dokumentation sehe ich Optimierungsbedarf. In Deutschland ist der medizinische Dokumentar ein eigenständiges Berufsbild. Das gibt es in Österreich noch nicht, soll aber in eine qualitativ vergleichbare Richtung gehen.

P: In welche Bereiche teilt sich das LKF-System?

Neuner: Das LKF-System teilt sich in zwei Bereiche. Im konservativen spielt die Hauptdiagnose in der Zuordnung zur Fallpauschale die führende Rolle, im operativen Bereich, in dem auch sämtliche Interventionen miteingefasst sind, ist die Leistung führend. Der Leistungskatalog wurde mit unmissverständlichen Definitionen und Leistungseinheiten ausgestattet. Die Medizin ist aber letztlich keine exakte Wissenschaft, weshalb natürlich bei bestimmten Codierungen auch Interpretationsspielräume entstehen. Diese Spielräume haben sich über die Jahre jedoch sehr eingeschränkt. Am Ende des Tages ist das Bild scharf.

PRIM. DR. LUDWIG NEUNER
Leiter des Ärzteteams des
LKF-Projektteams des BMG



P: Wie finden neue medizinische Einzelleistungen den Weg ins LKF?

Neuner: Krankenhäuser die beispielsweise der Meinung sind, dass bestimmte medizinische Einzelleistungen (MEL) im LKF nicht repräsentiert sind, können entsprechende Anträge stellen. Diese Anträge werden durch ein Expertengremium des BMG auf Evidenz, ökonomische Bedeutung und Häufigkeit untersucht. Ein wichtiges Entscheidungskriterium liegt in der Bewertung, ob die Leistung im stationären oder ambulanten Bereich erbracht wird - erfahrungsgemäß sind mittlerweile viele Leistungen auch ambulant erbringbar. Zudem wird geprüft, ob in den Einrichtungen bestimmte Infrastrukturen für die Leistungserbringung erforderlich sind. Zusätzlich werden weiterführende HTA Analysen, die an das LBI HTA ausgelagert werden, als Entscheidungsgrundlage herangezogen. Gemeinsam mit Dr. Andreas Egger präsentiere ich die Ergebnisse abschließend der länderübergreifenden Fachgruppe für medizinische Themen. In diesem Länderbeirat, der sich aus Ärzterevertretern der Landesfonds zusammensetzt, werden letztendlich alle Aspekte der Leistung nochmals beleuchtet und diskutiert. Im Regelfall ist die Evidenzlage bei neu zu etablierenden Leistungen anfangs schlecht. Festig sich innerhalb der Fachgruppe subjektiv die Meinung, dass die Leistung ergänzt werden soll, startet der Versuch, die MEL auf einer Parallelschiene ins LKF-System einzuschleusen. Nachfolgend wird die Entwicklung über eine Art Registersystem beobachtet, um Rückschlüsse betreffend Outcome und Etablierung zu erhalten.

„Der Kurs soll aus meiner Sicht zurück in die Vereinfachung und eine verstärkte Pauschalierung – also zurück zu den Wurzeln – führen.“

P: Beschäftigen Sie sich im LKF-System auch mit neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden?

Neuner: Ja. Bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, den so genannten NUBS, wird geprüft, ob im bestehenden Leistungskatalog vergleichbare Leistungen vorhanden sind. Die betreffende Neuleistung wird über einen Beobachtungszeitraum mit Punkten einer verwandten Leistung finanziert. In der Zwischenzeit wird abgewartet und analysiert wie sich entscheidende Parameter aus Medizin, Datenlage, Evidenz etc. weiterentwickeln.

P: Wie setzt sich das ärztliche LKF-Ärzteteam zusammen?

Neuner: Wir haben natürlich kompetente Ansprechpartner, aber kein fixes ärztliches Expertenteam. Es wäre sehr wünschenswert, wenn aus den Kreis der medizinischen Fachgesellschaft je ein Ansprechpartner zur Verfügung stehen würde, der uns in Bedarfsfällen eine satterte Diskussion auf Augenhöhe ermöglicht. Trotz intensiver Bemühungen ist dieses Ziel noch nicht erreicht worden.

P: Können mit LKF-Daten umfassende Analysen für die Zukunft gemacht werden?

Neuner: Ja. Dieses Thema liegt mir persönlich sehr am Herzen. Seit 18 Jahren werden große Datenmengen aus dem Spitals- und Gesundheitswesen dokumentiert, die im wissenschaftlichen Bereich allerdings kaum genutzt oder ausgearbeitet werden. Hier haben wir ein großes Potential für Synergien. LKF-Daten werden aber beispielsweise von der GÖG parallel auf einem sehr hohen Ag-

gregationslevel verarbeitet, viele Leistungen zusammengeführt und für Planungsbereiche im Gesundheitswesen eingesetzt.

P: Lassen sich im LKF-System Krankheitsverläufe nachvollziehen?

Neuner: Episoden lassen sich nicht beobachten. Primär wäre es bei chronischen Krankheitsverläufen sehr interessant eine Krankheitsepisode definieren zu können. Bei einer Karzinomerkkrankung wird beispielsweise nicht jede Chemotherapie sondern eine definierte Episode finanziert. Das ist sehr anspruchsvoll und komplex.

P: Ist der Weg zum Register Ihrer Meinung nach noch weit?

Neuner: Sehr weit. Diese Umsetzung ist sehr stark von Kooperationen mit den medizinischen Fachgesellschaften abhängig. Wenn das BMG und die GÖG die Sicherheit und Gewissheit haben, dass Leistungen, Eingriffe, Operationen sehr detailliert aufgezeichnet und verfolgt werden können, ist letztlich die Wahrscheinlichkeit eine Leistung entsprechend zu finanzieren höher. Das ginge eingeschränkt zwar auch mit dem LKF-System, aber ein Register wäre in diesem Bereich natürlich hilfreicher. ■

Biobox:

Dr. Neuner studierte an der medizinischen Fakultät der Universität Wien, promovierte 1988 und schloss seine Ausbildung zum Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin 1999 im AKH Linz ab. Er ist seit 2014 Vorstand des Institutes für Anästhesie und Intensivmedizin am LKH Freistadt. Seine

medizinischen Schwerpunkte sind die Anästhesie im Bereich der Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie und der Viszeralchirurgie die Anästhesie beim alten Menschen und die Behandlung kritisch kranker Patienten. Zudem war Dr. Neuner von 1997 bis 2014 Notarzt am Notarztthubschrauber „Christophorus 10“ und . In dem medizinischen Hilfsprojekt „Pediatric Urology Austria for Eritrea“ ist er für die anästhesiologische Versorgung verantwortlich. Seit 8 Jahren leitet er gemeinsam mit Dr. Andreas Egger vom BMG das Ärzteteam im LKF-Projektteam des BMG.



AM PLUS
Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit

Seltene Erkrankungen – Schnittstellenverbesserung zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten

„Seltene Erkrankungen“ oder „orphan diseases“ bezeichnen eine ganze Fülle von unterschiedlichsten Krankheitsbildern, deren verbindende Eigenschaft es ist, dass ihre Prävalenz bei weniger als fünf pro 10.000 Einwohnern liegt. Die Begrifflichkeit „Seltene Erkrankung“ verdeckt jedoch eine harte Realität: Jede „seltene Krankheit“ für sich ist selten, zusammengenommen leiden jedoch bis zu 400.000 Menschen in Österreich an einer solchen! Als Daumenregel gilt: Es sind Krankheiten, die im Einzelnen so selten sind, dass ein Allgemeinmediziner höchstens zweimal im Jahr auf eine solche stößt.

Es ergibt sich daraus eine folgenschwere und komplizierte Problematik: Es gibt eine große Zahl an Patienten, die an einer seltenen Erkrankung leiden, diese sind jedoch aufgrund ihrer geringen Prävalenz im Einzelfall schwer richtig zu diagnostizieren – vor allem aber stellt es die Mediziner vor die große Herausforderung, die richtige Diagnose schnell zu finden.

Für Patienten bedeutet dieser Umstand oft einen beschwerlichen, mühsamen und mitunter langen Irrweg durch das Gesundheitssystem, bis die richtige Diagnose gestellt wird. Meist haben Betroffene nicht klar zuordenbare Symptome, Unsicherheit und Ratlosigkeit belasten die Psyche. Zudem bedeutet ein langer Weg zur Diagnose natürlich auch, dass die Therapie erst sehr viel später begonnen werden kann.

Für diese Problematik gibt es keine einfache Lösung. Aber es gibt Verbesserungspotenziale und die Initiative AM PLUS versucht mit der Datenbank für seltene Erkrankungen www.symptomsuche.at, eines dieser Potenziale auszuschöpfen, indem sie umfangreiche Informationen zu seltenen Erkrankungen einfach zugänglich macht und interaktiv für

Allgemeinmediziner zur Verfügung stellt. Ziel ist eine Verbesserung der Versorgung von Betroffenen und vor allem eine Verkürzung des „Irrwegs“ bis zur Erstellung der richtigen Diagnose. Besonders wertvoll ist es aus meiner Sicht, dass in der Datenbank für jede der beschriebenen seltenen Erkrankungen die auf diese Indikation spezialisierten Stellen angeführt werden. So können Patienten mit einer Verdachtsdiagnose zur weiteren Abklärung weitergeleitet werden.

Aus Sicht eines Fachmediziners finde ich die Initiative von AM PLUS wirklich positiv. Ich sehe auch keine Gefahr der Überdiagnostizierung. Allgemeinmediziner haben die Möglichkeit, einfacher treffende Verdachtsdiagnosen zu stellen, die dann durch Einbeziehung spezieller Fachärzte evaluiert und medizinisch bestätigt werden. Die Verbesserung der Schnittstellen zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten ist ein weiterer positiver Aspekt dieser Datenbank, der die Zusammenarbeit fördern und verbessern kann.

Ich begrüße daher die Initiative von AM PLUS und die Schaffung eines Diagnosetools für seltene Krankheiten. Da die Datenbank stetig weiter ausgebaut wird, wünsche ich bei der Weiterentwicklung weiterhin viel Erfolg!

Prim. Univ.-Prof. Dr. Martin CLODI
Abteilungsleiter Innere Medizin
Konventspital der Barmherzigen Brüder Linz

Bei Fragen steht Ihnen das Team von AM PLUS jederzeit unter office@amplusgesundheit.at oder 01/9081146-49 zur Verfügung.

Status quo und Weg zu weiterer Entwicklung im Gesundheitswesen

Ein Nachbericht zum 9. Europäischen Medizinrechtstag in Wien

Am 12. Juni fand der 9. Europäische Medizinrechtstag im Festsaal des Bundesministeriums für Gesundheit statt. Prof. Dr. Alfred Radner, Präsident der Europäischen Gesellschaft für Medizinrecht, eröffnete die Tagung. Ganz im Zeichen der Europäischen Integration im Gesundheitswesen, sprachen zahlreiche Experten des Fachs, gewährten spannende Einblicke in die Materie und lieferten reichlich Anstoß zu weiterer Diskussion. Ebenfalls anwesend waren hochkarätige Vertreter der Gesundheitsbranche sowie der Politik. Darunter Dr. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, Karin Kadenbach, Abgeordnete zum EU-Parlament, und Mag. Othmar Karas, Abgeordneter zum EU-Parlament, der sich via Videobotschaft zu Wort meldete.

Von Mag. Elisabeth Rapp

Ein besonders anschaulicher Einstieg in die Vortragsreihe des Medizinrechtstags erfolgte zu einem brisanten Thema durch Univ.-Prof. Dr. Ojan Assadian, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (ÖGKH). Die Relevanz und Problematik nosokomialer Infektionen wird zusehends von den Medien aufgegriffen und verursacht nicht nur den Patienten Unbehagen. Eingehend widmete sich Assadian der Thematik von postoperativen Wundinfektionen und erläuterte ausführlich, inwieweit diese ein schicksalhaftes oder voll beherrschbares Hygienrisiko darstellen. Vor allem den Wert von Bündelstrategien zur Prävention von SSI (surgical site infections), sowohl durch prä- als auch durch postoperative Hygienemaßnahmen oder die präoperative Eradikation bestimmter Besiedlungserreger, erklärte er als wichtig und erforderlich für optimierte Ergebnisse. „Schicksalhafte Infektionen gibt es nicht“, schlussfolgerte Assadian. Infektionen haben einen Grund, der modifizierbar oder nicht modifizierbar sein kann. Werden gegen beeinflussbare Infektionsrisiken vorab Maßnahmen eingeleitet und folgt man den beiden Grundprinzipien – einer Stärkung der Immunabwehr der

Patienten und der Reduktion oder sogar völligen Elimination von intraoperativer bakterieller Kontamination –, kann das SSI-Risiko erkennbar reduziert und die Chance des Patienten, keine Infektion zu erlangen, deutlich erhöht werden. Beim Aspekt der Prävention postoperativer Infektionen sollte es daher nicht um Schuldfragen gehen, sondern um die Ermittlung von Faktoren und Maßnahmen, um heute noch ungelöste Probleme morgen lösbar zu machen. Einen wesentlichen Beitrag zu verschärften Präventionsvorkehrungen können dabei nicht nur das Gesundheitssystem und die Krankenversicherungen leisten, auch Hygienefachkräfte sollen aus Sicht der ÖGKH verstärkt in die Prävention miteinbezogen werden. Nötig seien ein vereinfachter Zugriff auf infektionsepidemiologisch relevante Messdaten, die Kostenübernahme von Präventivmaßnahmen und eine Rollenstärkung der Fachkräfte. Das wesentliche Ziel liege darin, so viele Infektionen wie möglich zu vermeiden.

Dass nicht nur die Sicherheit der Patienten von hoher Bedeutung sei, sondern auch jene des medizinischen Personals im Zentrum der Betrachtung stehen solle und müsse, erläuterte Senatsrat Dr. Leopold-Michael Marzi, Antikorruptionsbeauftragter und Leiter der Rechtsabteilung des AKH Wien. Er behandelte in seinem Vortrag das Thema Patientensicherheit im Europäischen Raum. Sich gänzlich und nur der Patientensicherheit zu widmen sei zu kurz gefasst. Die Verantwortung gegenüber dem Gesundheitspersonal und der damit verbundenen Sicherheit der Fachkräfte sei von nicht zu unterschätzender Relevanz. Diese Sicherheit des Personals führe zu suffizienter Patientensicherheit. Das EU-Projekt

TAIEX (Technical Assistance and Information Exchange) bietet Lösungsansätze zu dieser Thematik. Diese umfasse auch die Justiz, die als ein Schwachpunkt in der Sicherheitsproblematik genannt wird. Er befürwortet eine Reform dieses Systems, um ein wirksames Vorankommen erreichen zu können.

Den Sprung in ein angrenzendes Themenfeld unternahm Mag. Hanns Kratzer, Geschäftsführer der PERI Consulting GmbH. Er widmete sich den Biosimilars, also Arzneistoffen, die mit Mitteln der Biotechnologie und genetisch veränderten Organismen (in vivo) hergestellt werden. Der Wirkstoff dieser Nachahmerpräparate von Biopharmazeutika wird gentechnisch erzeugt und ist dem Originalpräparat ähnlich. Die (frühe) Verfügbarkeit von Biosimilars, ein verbesserter Patientenzugang sowie eine breite Auswahl an unterschiedlichen Therapieoptionen wäre wünschenswert. Damit verbunden ist eine attraktive Preisgestaltung. Hierbei stellt sich jedoch auch noch die bestehende Generikaregel möglichen Anbietern als Hindernis in den Weg. Die Zulassung der Produkte erfolgt anhand klinischer Studien. An einer akzeptablen und positiven Lösung durch die involvierten Stakeholder wird gearbeitet.

Als weiterer Speaker der Tagung präsentierte der Jurist Mag. Adrian Zwettler, MA, BA, die im Zuge der Gesetzesreform von 2015 erfolgten Neuerungen im österreichischen Fortpflanzungsmedizinrecht (FMedG). Die Reform bietet in der aktuellen Fassung auch für homosexuelle Frauen in eingetragenen Partnerschaften die Möglichkeit der medizinisch unterstützten Fortpflanzung. Überdies wurde das Verbot

aufgehoben, eine IVF (In-vitro-Fertilisation) unter Verwendung von Spendersamen durchzuführen, und die Freigabe zur Eizellenspende zuerkannt. Eine begrenzte Zulassung wurde auch für die Präimplantationsdiagnostik erwirkt. Viel Raum für Öffnungen und eine weitere Liberalisierung für Österreich wurden in Ausblick gestellt. Gegen Ende des Tagungsvormittags referierte Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Radner, Präsident der Österreichischen Akademie für Augenheilkunde, über die Bemühungen der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) in Bezug auf Facharztprüfungen in der EBO Augenheilkunde (European Board of Ophthalmology) und die damit in Zusammenhang stehende Anerkennung.

Im Anschluss an die Vortragsreihe des ersten Teils erfolgte eine Podiumsdiskussion zum Thema Normung von Gesundheitsleistungen in der EU unter der Moderation von Dr. Gerald M. Radner, dem Generalsekretär der Europäischen Gesellschaft für Medizinrecht. Eine Normierung medizinischer und auch ärztlicher Tätigkeiten von Gesundheitsberufen in Europa soll vorangetrieben werden. Dass Normen durchaus eine Zweckhaftigkeit zugrunde liegt, soll nicht in Abrede gestellt werden. Mit Blick auf die Gesundheitsdienstleistungen zweifelte jedoch Ministerialrätin Bettina Godschalk vom Bundesministerium für Gesundheit deren Sinnhaftigkeit an. Es mangle an Transparenz in den Verfahren und bei der Erarbeitung der Normen fehle es ferner an Fachkompetenz. Gegen die Normierung ärztlicher Tätigkeit sprach sich unter anderem Prof. Dr. Johann-Wilhelm Weidinger von der Bayerischen Landesärztekammer aus, beurteilte jedoch die Normierung produktnaher Dienstleis-

tungen positiv. Europäische Standards für Gesundheitsdienstleistungen befürwortete auch Dr. Karl Grün, Director Standards Development vom Austrian Standards Institute in Wien. Normen würde zwar eine Entlastungsfunktion zugeschrieben, dennoch könne auch damit nicht die komplette Fehlerfreiheit eines Produkts garantiert werden. Als Befürchtung wurde geäußert, dass die Therapiefreiheit der Ärzte außer Kraft gesetzt werden könnte und in der Folge Normen als ungeeignet erscheinen, um ärztliche Leistung abzubilden. Neben den bereits genannten Diskussionsteilnehmern waren der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, sowie die Abteilungsleiterin für Qualität im Gesundheitssystem des Bundesministeriums für Gesundheit, Dr. Silvia Türk, an der Podiumsdiskussion beteiligt.

Noch in diesem Jahr findet der 20. Österreichische Medizinrechtstag statt, und zwar am 3. und 4. Dezember 2015 im AKH Linz. Der Termin für den 10. Europäischen Medizinrechtstag 2016 wird Ende des Jahres bekannt gegeben. ■



Weiterführende Informationen rund um das Medizinrecht finden sich unter: <http://www.medizinrecht-europa.eu/>



Prof. Dr. Alfred RADNER, Präsident Europäische Gesellschaft für Medizinrecht | Karin KADENBACH, Abgeordnete zum EU-Parlament



Univ.-Prof. Dr. Ojan ASSADIAN, Präsident ÖGKH

Neues Curriculum Medizinstudium, Ausbildungsreform, Arbeitszeitgesetz – und was kommt dann?

Innerhalb weniger Monate (2014/15) wurde das Land Österreich mit drei Novitäten konfrontiert – siehe Titel. Das Medizinstudium sieht nun im letzten, sechsten Studienjahr ein klinisch-praktisches Jahr (KPJ) vor: Die Studierenden verbringen je vier Monate an einer internen Abteilung (wahlweise jedes „interne“ Fach), vier Monate an einer Chirurgie (wahlweise anderes chirurgisches Fach) sowie vier Monate in einem Wahlfach. Diese Neuordnung des Studiums macht eine wesentlich bessere Vorbereitung für den ärztlichen Beruf wahrscheinlich. Was dem entgegenarbeitet, ist Ressourcenknappheit, besonders die Ressource Zeit (Arbeitszeitgesetz/AZG).

Die Ausbildungsreform (Ärzte) sieht z. B. für das Fach Chirurgie vor, dass fünfviertel Jahre in Chirurgie verbracht werden und nur neun Monate in einem der Facharzt-

ausbildung vorgeschalteten Block: Basisausbildung in Chirurgie, Interne und Notfallmedizin, wobei die genannten Sonderfächer durch andere operative oder nichtoperative (interne) Fächer ersetzt werden können. Die Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin (früher praktischer Arzt) wurde um ein Jahr (Lehrpraxis) aufgestockt. Gegenfächer für die Sonderfachausbildung gibt es nicht mehr! Meines Erachtens ein Vorteil, da medizinisches Wissen in jedem Sonderfach erheblich gewachsen ist und eine zusätzliche Ausbildung in anderen Sonderfächern nicht mehr sinnvoll erscheint.

Die Rahmenbedingungen (Ressourcen s.o.) haben sich verschlechtert, da sowohl Zeit (AZG) als auch Geld Mangelware geworden sind. Leistungsrücknahmen an einzelnen Abteilungen sind bereits die Folge. Die Stimmung an vielen Abteilungen öffentlicher Krankenhäuser ist durch die dauernden Diskussionen auch nicht besser geworden. Dreht man andererseits das Rad der Zeit zurück, so muss man erkennen, dass eine 80-Stunden-Woche übermüdeten Chirurgeninnen und Chirurgen mit all den daraus folgenden sozi-

alen Nachteilen auch keine Lösung darstellt. Die tägliche Arbeit an den Abteilungen wird sich verbessern, wenn das Gesetz der an die Pflege delegierbaren Arbeiten (Blutdruck messen, Injektionen verabreichen, Blutabnahmen etc.) vollständig umgesetzt ist.

Über das Arbeitszeitgesetz zu diskutieren ist ein grundsätzlicher Fehler, denn es ist gesetzeskonforme Realität in Europa. Die Verletzung des AZG kann bestraft werden.

Was kann nun die Situation verbessern? Das Einführen von Tugenden, die in Österreich nicht so verbreitet sind wie in angloamerikanischen Ländern, wie Leadership und Mentorship. Das setzt nicht nur hohe Qualität motivierender Politiker und charismatischer ärztlicher Leiterinnen und Leiter voraus, sondern auch hohen Zeitaufwand und Hingabe zum Problem, zur Mitarbeiterin bzw. zum Mitarbeiter und zur Patientin respektive zum Patienten, englisch: „Advocacy“.

Der Hauptfeind ärztlicher Tätigkeit – genauso pflegerischer – ist m.E. die immer mehr werdende Administration. Unser gan-

Mit spitzer Feder

zes Leben ist „vergesetzlicht“ – bestes Beispiel AZG. Dieses muss laut Vorgesetzten (Ärzten, Verwaltern, Politikern?) minutiös eingehalten werden, bei Zuwiderhandeln gibt es sogar Bestrafung! Warum da nicht eine andere Gesetzlichkeit einführen? Eine leitende Ärztin bzw. ein leitender Arzt darf nicht mehr als z. B. 15 Prozent ihrer bzw. seiner Arbeitszeit für Administration aufwenden. Diese müssen eben andere machen, unter ärztlicher Aufsicht! Damit wären alle Probleme gelöst: Zeit für Patienten, Zeit für die Ausbildung; die Freude am Beruf wäre größer, die Stimmung besser! Unter diesen Umständen, nämlich einer gesetzlich limitierten Administration, braucht man über das AZG wirklich nicht mehr zu diskutieren!

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



ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEZEITUNG – DAS LEITMEDIUM DER ÄRZTE

Mehr Gesundheitspolitik: 10 Seiten aktuelle arztrelevante Politik aus dem In- und Ausland (pro Ausgabe).

Mehr Fortbildung: DFP-Fortbildungsartikel (State-of-the-art) mit tausenden Teilnehmern (zB. 2.000 bei Update Diabetes 2014).

Mehr Jobanzeigen: Die Nr. 1 bei Arztstellenanzeigen in Österreich.

Höchste Auflage: Mit über 44.000 Ex. höchste Auflage aller medizinischen Fachzeitschriften Österreichs (lt. Österr. Auflagenkontrolle 1. HJ 2015). Alle Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis.

Stärkste LpN-Werte: Bei allen relevanten Mediabefragungen genießt die ÖÄZ die stärkste Verbreitung unter den medizinischen Fachzeitschriften Österreichs.

Weitere Informationen:
Ulrich Pachernegg, Tel. 01-512 44 86-18
Email: u.pachernegg@aerztezeitung.at
www.aerztezeitung.at



Österreichische Ärztezeitung – die beste Wahl für Ihre Fachwerbung!

bezahlte Anzeige

ESSENTIALS

Werbung • PR • Media

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



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...

KREATION

Content macht zufrieden!

Gestern, heute, morgen. Klassische Werbung, Content-Marketing, Inbound-Marketing und so weiter und so fort. Paradigmenwechsel, Zeitenwende, Zukunftsmusik. Um gleich mit einer Binsenweisheit zu starten: Wenn sich die Möglichkeiten und das Verhalten der Konsumenten wandeln und verändern, sollten sich natürlich auch die Wege der Werbung wandeln und verändern.

Stand und steht etwa bei klassischer Printwerbung oder bei Direct Mailings der Gedanke im Mittelpunkt, dass der Werbende eine laute, kreative Botschaft an den Kunden sendet, so ist dies etwa bei Content-Marketing online nicht mehr der Fall. Denn hier bedeutet es vielmehr, die neuen Möglichkeiten im Web zu nutzen, Inhalte zu erzeugen und diese zu verbreiten, um Personen anzusprechen, Vertrauen aufzubauen und die Meinung sowie das Verhalten der Menschen zu beeinflussen. Guter Content, der entsteht, wenn man sich als Werber umfassend mit der Marke und dem Businessmodell des Kunden auseinandersetzt, löst (im Idealfall) Probleme von Nutzern. Landing Pages, Blogs, Social-Media-Plattformen wie Facebook oder Twitter, aber auch E-Books, Webinars, Videos oder Newsletter dienen der Verbreitung.

Bekannte Brands zeigen es in den letzten Jahren auch in Österreich vor. So verwandelte z.B. Schwarzkopf schon 2011 seine Website in ein umfassendes Hairstylingportal. Redaktionelle Beiträge zu Trends, Styling und Pflege, Videotutorials von bekannten Stylisten – alles, um Interessierte mit nützlichem Content zu versorgen, zu Kunden zu machen und weiter zu begleiten. Pampers bietet Schwangeren umfassende Tipps – von der Namensfindung bis hin zu Yogavideos. Im eigenen Bioblog von Ja!Natürlich schreiben Autoren über Ernährung, Kochen, Biogärten und vieles mehr. Facebook, Twitter und YouTube helfen mit bei der weiteren Content-Distribution.

Und auch wenn sich dieser „neue“ Gedanke nicht auf jedes Produkt eins zu eins und umfassend umlegen lassen wird: Die Idee, den Kunden zu begleiten und ihm in ganz speziellen Lebenslagen Informationen zu bieten, die er ohnedies sucht, anstatt ihn nur mit schön ausgearbeiteten Produktvorteilen zu „überfallen“, hat in jedem Fall etwas für sich. Und genau deshalb ist auch hier wieder die Kreativität der Werber gefragt, denn nützlicher Content ist gut – aber überraschend und originell aufbereiteter nützlicher Content ist noch viel besser. Und das Verstehen einer Zielgruppe, das Erkennen von individuellen Bedürfnissen ist in der klassischen Werbung wie im Content-Marketing ein entscheidender Wettbewerbsvorteil. ■

Kurt Moser
Kreation Welldone

PUBLIC RELATIONS

Vom Silodenken zur Crossover-Kommunikation

Abertausende Seiten an Fachliteratur wurden befüllt, Ausbildungsstätten errichtet, an Definitionen gefeilt – alles das, um Grenzen abzustechen und Orientierung im breit gefächerten Feld der Kommunikation zu schaffen. Denn: PR ist nicht gleich Werbung, Werbung ist nicht gleich PR! Schließlich ist Werbung laut und bunt, PR subtil und glaubwürdig. Letztlich will PR langfristig Vertrauen schaffen und Werbung kurzfristig überzeugen. Eh klar, oder? In der Realität zeichnet sich aber immer stärker ab: Aus vermeintlicher Klarheit entstehen auch Schwierigkeiten. Dann nämlich, wenn aus jahrzehntelangem Auseinanderdividieren in der täglichen Praxis Ressentiments zwischen Abteilungen auftreten, für die in einer modernen und zukunftsorientierten Kommunikationsarbeit kein Platz sein kann und darf.

Eine nachhaltige und zielorientierte Imagebildung von Marken, Produkten oder Unternehmen kann heute nur mehr erreicht werden, wenn PR und Werbung sich in einem integrativen Verständnis als Kommunikationsdienstleister sehen und sich von althergebrachtem Silodenken befreien. Auch für eine erfolgreiche und schlagkräftige Gesundheitskommunikation gehört zusammen, was zusammengehört. Dabei geht es nicht um Verschmelzung oder darum, einer Fachrichtung ihre Kernkompetenz abzusprechen. Vielmehr geht es um eine Crossover-Kommunikation durch kooperative Zusammenarbeit und Schaffung von Synergien. Nur so können alle Disziplinen und deren Inputs wie Zahnräder ineinandergreifen, um den maximalen Output für den Kunden zu erzielen.

Ganz ohne unangebrachte Eitelkeiten, sondern vernetzt und kollegial – und vor allem kundenorientiert. ■

Mag. Martina Hofer Bakk. phil., BA
PR-Consultant Welldone

AGENTUR-LEITUNG

IST KLASSISCHE WERBUNG AM ENDE?

In der PERISKOP-Ausgabe 64A ging es in meinem ESSENTIAL, passend zum Sommer, um das Thema Reise: Wohin geht die Reise im Marketing und mit welchen Trends werden wir künftig verstärkt konfrontiert werden? Onlineshops gehen offline. Das klingt fast nach einem klassischen Seitensprung, ist jedoch eine absolut gewollte und beziehungsstärkende Maßnahme, die sowohl der Riese Amazon als auch Google ins Auge gefasst haben. Marketing und Werbung werden mehr und mehr automatisch passieren und Marken sind die neuen Medien. Mittlerweile haben einige Unternehmen diese Ansage tatsächlich ernst genommen und in die Realität umgesetzt, wie es in Österreich das Branding-Portal www.dasistdochnochgut.at schön vormacht.

Rufe werden immer lauter, nicht mehr Geld in Display-Advertising zu stecken, sondern – durch den Aufbau eigener Internetplattformen – in die Markenbildung zu investieren. „Instagram ist die neue Vogue“, tönen digitale Werbexperten und ohne eine App scheint gar nichts mehr zu gehen. Doch dem nicht genug, auch die Offline-Welt rückt der klassischen Werbung zu Leibe. Content-Marketing ist das Zauberwort, das in der Customer-Journey den ausschlaggebenden Wendepunkt bringen soll. Laute, am Produkt orientierte Botschaften sind out. Lösungen werden gefunden, Probleme gelöst, Kunden verstanden, Beziehungen aufgebaut und am Ende wird gekauft. Alles dreht sich um den Konsumenten und die Customer-Experience.

Marketing im digitalen Zeitalter muss vor allem konsumentenzentriert sein. Der „Connected Consumer“ erwartet Angebote, die ihm Mehrwerte bieten, Lösungen für seine Probleme und darüber hinaus noch Erlebnisse auslösen. Und das möchte er immer genau dort, wo er sich gerade aufhält, kommuniziert oder konsumiert. Die neue Denke im Marketing und in der Werbung muss weggehen vom Produkt und hin zum Kunden, weg von den Produkteigenschaften, hin zu Kundenerfahrungen mit dem Produkt. Das stellt ohne Zweifel große Herausforderungen an Marketingverantwortliche, die es schaffen müssen, den Konsumenten an jedem Touchpoint eine positiv erlebbare Markenerfahrung zu bieten und in Dialog mit ihnen zu treten. Für Marketingverantwortliche ist es wichtig, den Erlebnisraum, in dem sich Konsumenten bewegen, ebenso zu verstehen wie die so genannte „Organising Idea“, die die Marke bildet, z.B. Coca-Cola – „open happiness“. Für diesen Paradigmenwechsel organisieren sich Unternehmen und Agenturen neu und richten sich ganz auf den Konsumenten aus.

Was bedeutet das für die klassische Werbung? Ist sie tot? Der aktuelle Zeitgeist räumt ihr keine guten Chancen ein und erklärt Paid Media schlichtweg für obsolet. Wenn es denn schon klassische Werbung sein muss, dann im besten Fall in der Funktion als „Zubringer“ für Owned Media oder zur Beschleunigung der Search- oder Shopping-Nutzung. Und allerspätestens seit dem Stratos-Sprung von Felix Baumgartner für Red Bull muss Media owned und/oder earned sein, um großartig zu sein.

Doch lassen wir an dieser Stelle mal die Kirche im Dorf und betrachten das beeindruckende Spektakel etwas nüchterner: Es ist doch nun wirklich nicht so, dass der Werterfolg von Red Bull maßgeblich auf lässigen viralen Kampagnen oder abgefahrenen Sportveranstaltungen beruht. Bitte jetzt nicht falsch verstehen, all diese Aktionen sind hochprofessionell inszeniert und perfekt geplant, doch der Erfolg basiert auf einem sehr konsequent verfolgten Markenaufbau und der daraus resultierenden Markenstärke. Klassische Werbung hat der Marke Red Bull erst diese starken Flügel verliehen, und zwar allen voran TV-Spots. Und die Red-Bull-Spots in Comicform sind längst Kult. Und – wer hat es nicht vermutet? – das klassische Mediabudget von Red Bull ist über die Jahre nicht gesunken, sondern gestiegen.

Ob Anzeige, Plakat, TV- oder HF-Spot: Mediaplanung beruht heute wie morgen auf einer sorgfältigen Selektion der Zielgruppen, der Umfeldler und der Zeitschienen. Da ist nichts zufällig erkaufte, Professionalität, Handwerk und Erfahrung sowie das partnerschaftliche Zusammenspiel von Werbeagentur und Kunde ist hier ein absolutes Erfolgsrezept. Und übrigens, auch der Owned-Media-Ansatz muss strategisch klug angegangen werden, um nicht Botschaften zu senden, die für die Konsumenten zwar so wahn Sinn relevant sind, bei denen sie aber die Marke hinter dem Content nicht erkennen können. Und woher bitte sollen positive Bilder im Kopf kommen, wenn nicht von einer emotionalen, verführerischen Inszenierung einer Marke und warum nicht z.B. über TV? Es ist kein Geheimnis, dass ich persönlich ein leidenschaftlicher Fan der klassischen Werbung bin. Nicht nur weil ich überzeugt bin, dass sie notwendig ist und wirkt, sondern weil viele Erfolge genau das belegen. Und das nicht nur bei Red Bull und Coca-Cola.

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

Klassische Werbung bleibt ein wichtiger Kommunikationsbaustein

Wirksam und bewährt.



Update Europe
Gesellschaft für ärztliche Fortbildung