

periskop

Nr. 67
FEB 2016

STANDPUNKTE. DIALOGE. KONSENS.
Die neutrale Plattform zum offenen Meinungs austausch.

» Verantwortung
übernehmen
und mitgestalten «

Interview mit LH-Stv. Mag. Wolfgang Sobotka

»WIR BRAUCHEN FÄCHERÜBERGREIFENDE LÖSUNGEN«
Der Verein zur Förderung von Wissenschaft und Forschung im Porträt

»2020 SOLL DIE SVA EINE ANDERE SEIN«
Im Gespräch mit Obmann-Stv. Mag. Alexander Herzog

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

diese Ausgabe stellt den niederösterreichischen Landes- hauptmann-Stellvertreter, Mag. Wolfgang Sobotka, in den Mittelpunkt. Im Kontext des demografischen Wandels und der zunehmenden Digitalisierung haben wir mit ihm nicht nur über die vorherrschenden Werte im Gesundheitssystem, sondern auch über den Wert der Arbeit und den hohen Stellenwert von Eigenverantwortung in der Gesundheitsvorsorge gesprochen. Auch Petrus Pilsinger, Abt im Benediktiner-Stift Seitenstetten, haben wir getroffen und mit ihm Lösungsansätze zur Entschleunigung unserer schnelllebigsten Zeit gesucht. Wie Sie vielleicht schon ahnen, kommt dieser Niederösterreich-Schwerpunkt nicht von ungefähr.

Als Garant für sozialen Frieden in Österreich gilt die Sozialversicherung. Kinder- und Jugend-Reha, das PHC-Modell und ein ganz persönliches Herzensprojekt waren Thema im Gespräch mit Mag. Bernhard Wurzer, Generaldirektor-Stv. im HVB. Mehr als 10% aller Versicherten sind über die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) versichert. Faktoren wie die zunehmende Anzahl von EPU's machen die SVA schon jetzt zu einem der am stärksten wachsenden Sozialversicherungsträger. Der stellvertretende Obmann, KR Mag. Alexander Herzog, hat uns seine Zielsetzungen geschildert und Schlagworte wie Prävention oder Pensionsversicherung angesprochen.

Am 16. Jänner brillierte der Österreichische Impftag mit einem neuen Besucherrekord. Diesen Rahmen nutzten Impfpertin Univ.-Prof. Dr. Ursula Wiedermann-Schmidt und Public-Health-Experte Dr. Armin Fidler zur Präsentation ihrer unabhängigen Impfinitiative „Geimpft – Geschützt – Sicher“. Sie soll Impfschutz sichtbar machen, Impfskepsis entgegenwirken und Gesundheitspersonal als Vorbilder präsentieren.

Ebenfalls in dieser Ausgabe lesen Sie, wie der neue Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Nephrologie, Prim. Prof. Dr. Karl Lhotta, die akute Nierenerkrankung als „vergessene Epidemie“ beschreibt und dabei den Allgemeinmediziner als Schnittstelle zur Nephrologie positioniert.

Seit einigen Ausgaben beschäftigen wir uns intensiv mit Big Data. In der ersten Folge unseres neuen Formats „PERISKOPINION LEADER“ unterhalten sich Big-Data-Experte Prof. Dr. Reinhard Riedl und der Leiter der Ambulanz für Erblichen Brust- und Eierstockkrebs am AKH-Wien, Univ.-Prof. Dr. Christian Singer, über die Bedeutung von Big Data in der angewandten Medizin.

Neues gibt es auch vom Zukunftsforum Onkologie: Lesen Sie im Blattinneren von der Projektpräsentation in der Schweizerischen Botschaft. Ein spannendes Treffen hatten wir mit der neuen Ärztlichen Direktorin im Hanusch-Krankenhaus, Dr. Elisabeth Zwettler, mit der wir über ihre

Ziele und die Sonderstellung des Hanusch-Krankenhauses gesprochen haben. „OnkoReha interdisziplinär & multiprofessionell 2016“ war der Titel des ersten GEORG-Kongresses im Jänner. Die Gesellschaft zur Erforschung onkologischer rehabilitativer Grundlagen (GEORG) ist ein Verein mit dem Ziel, die Themen OnkoReha und Nebenwirkungsmanagement zu forcieren. Auch der Verein zur Förderung von Wissenschaft und Forschung (vfwf) rückt in den Fokus dieser Ausgabe. Mit dem Vereinspräsidium haben wir vier konkrete Projekte zur Förderung von Patientensicherheit diskutiert.

In der Kolumne Plattform Patientensicherheit geht es diesmal um Mitarbeiter- und Patientensicherheit im Rahmen der Flüchtlingshilfe. Das MCI hat jüngst einen internationalen Studiengang in Kooperation mit drei europäischen Hochschulen der Spitzenklasse präsentiert - FH-Prof. Dr. Siegfried Walch hat uns alle Details verraten. Mit Mag. Stefan Deflorian, Geschäftsführer der Tirol Kliniken, haben wir über die finanzielle Not der Krankenhäuser, das PHC-Modell und das neue Branding der Tirol Kliniken gesprochen und ein Interview mit Mag. Martin Schaffenrath, stellvertretender Vorsitzender im HVB, zum Thema Allergien rundet diese Ausgabe ab.

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



Seite 6:
»Lebe deine Werte und sei mit dir zufrieden. Deine Gesundheit wird es dir danken!«
Interview mit Abt Petrus Pilsinger, Leiter des Benediktinerstiftes Seitenstetten



Seite 16:
»Impfschutz sichtbar machen«
„Geimpft – Geschützt – Sicher“;
Univ.-Prof. Dr. Ursula Wiedermann-Schmidt und Dr. Armin Fidler präsentieren unabhängige Impfinitiative



Seite 22:
»Je mehr Zahlen, desto mehr Herz«
Prof. Dr. Reinhard Riedl und Univ. Prof. Dr. Christian Singer im Gedankenaustausch zu „Big Data“



Seite 32:
»Die vergessene Epidemie: Warum die Nephrologie zum Allgemeinmediziner getragen werden muss.«
PERISKOP im Gespräch mit Prim. Prof. Dr. Karl Lhotta, Präsident der ÖGN

inhalt

| | | | |
|---|----|---|----|
| Editorial..... | 2 | Kolumne Plattform Patientensicherheit..... | 31 |
| Coverstory-Interview: LH Stv. Mag. Wolfgang Sobotka..... | 4 | Prim. Prof. Dr. Karl Lhotta: Die vergessene Epidemie..... | 32 |
| Abt Petrus Pilsinger vom Benediktinerstift Seitenstetten im Gespräch..... | 6 | Zukunftsforum Onkologie: drei Projekte – ein Ziel..... | 34 |
| Verein zur Förderung von Wissenschaft und Forschung auf der Suche nach Lösungen..... | 8 | Almanach des österreichischen Gesundheitssystems..... | 35 |
| MCI: Internationaler Studiengang in Kooperation mit europäischen Spitzen-Hochschulen..... | 12 | The current status of public health in Austria..... | 38 |
| 2020 soll die SVA eine andere sein: KR Mag. Alexander Herzog im Gespräch..... | 14 | | |
| „Geimpft – Geschützt – Sicher“: Impfinitiative mit essentiellen Anliegen..... | 16 | | |
| Mag. Martin Schaffenrath, HVB, zu Allergien und deren Stellenwert für die Sozialversicherung..... | 19 | | |
| Buchrezension: Karl Lauterbach..... | 21 | | |
| PERISKOPINION LEADER – Big Data: Je mehr Zahlen, desto mehr Herz..... | 22 | | |
| GEORG: OnkoReha interdisziplinär & multiprofessionell..... | 24 | | |
| HKH: Die Ärztliche Direktorin Dr. Elisabeth Zwettler im Portrait..... | 26 | | |
| Wir managen das Leben: PERISKOP im Gespräch mit Mag. Bernhard Wurzer, HVB..... | 28 | | |
| Mag. Stefan Deflorian, Tirol Kliniken: Patienten liegen nicht zum Spaß im Krankenhaus..... | 30 | | |

30. März 2016
SAVE THE DATE:
49. Welldone Lounge
in den Wiener Börsensälen

Mit Mag. Ulrike Rabmer-Koller,
Vorstandsvorsitzende im Hauptverband
der österreichischen
Sozialversicherungsträger

PERI Business Development

Der 1995 gegründete Verein zur Förderung von Wissenschaft und Forschung (vfwf) hat es sich zum Ziel gesetzt, zukunftsorientierte Forschung und Lehre an der Medizinischen Universität Wien zu stärken. Das PERISKOP sprach mit Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant, Präsident des vfwf, und Univ.-Prof. Dr. Klaus Markstaller, Vizepräsident des vfwf, über die bedeutende Geschichte des Vereins, seine Entwicklung, die Rolle als Schnittstelle und Gewissen im System der Universitätsmedizin, die Bedeutung von ganzheitlichen Prozessen und das Leitthema des Jahres 2016: Patient Safety. Zudem stellen sie vier aktuelle Projekte vor, die konkret dazu beitragen, die Patientensicherheit am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien weiter zu erhöhen.

Update Europe

Vor Kurzem wurde der europäische Studiengang „European Master in Health Economics & Management“ (Eu-HEM) feierlich am Management Center Innsbruck (MCI) eröffnet. 200 nationale und internationale Festgäste konnten begrüßt werden. Der Studiengang ist ein Gemeinschaftsprojekt des MCI, der Universität Bologna, der Universität Oslo sowie der Erasmus-Universität Rotterdam und wird von der Europäischen Union unterstützt. Er bietet Studierenden das Rüstzeug für aktuelle und künftige Führungsaufgaben im Gesundheitswesen. Abgeschlossen wird „Eu-HEM“ mit einem Joint Degree, ein von allen vier Spitzenhochschulen anerkanntes und unterfertigtes Diplom. PERISKOP sprach mit FH-Prof. Dr. Siegfried Walch über das erste Studium dieser Art in Europa.

PERI Marketing & Sales

Am 22. Jänner fand der erste Kongress der Gesellschaft zur Erforschung onkologischer rehabilitativer Grundlagen (GEORG) statt. Unter dem Motto „OnkoReha interdisziplinär & multiprofessionell 2016“ wurden knapp 200 Besucher im traditionsreichen Billrothhaus der Gesellschaft der Ärzte empfangen. Ziel von GEORG ist es, nationale und internationale Experten zu vernetzen und die Themen onkologische Rehabilitation sowie Nebenwirkungsmanagement und supportive Therapien zu stärken. Das PERISKOP sprach mit Univ.-Prof. Dr. Richard Crevenna, Vereinspräsident von GEORG, über onkologische Rehabilitation in Österreich, die Vereinsziele, den gelungenen ersten GEORG-Kongress und die Pläne für die Zukunft.

PERI Consulting

Das Jahrbuch für Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft der „Plattform Gesundheitswirtschaft Österreich“, einer aktiven und innovativen Initiative, herausgegeben von Sanofi Österreich und der Wirtschaftskammer Österreich, verfügt bereits über eine langjährige Tradition. Erstmals 2009 erschienen, geht das kompakte Nachschlagewerk zu den Highlights des österreichischen Gesundheitssektors mit „Gesundheit 2015“ in die siebente Runde. Das Jahrbuch wurde sowohl hinsichtlich der grafischen Gestaltung als auch thematisch völlig neu ausgerichtet. Neben zahlreichen Wortmeldungen gesundheitspolitischer Entscheidungsträger finden die Schwerpunkte Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft in der aktuellen Ausgabe eine noch stärkere Ausprägung.

PERI Change

„Zuhören – Beitragen – Umsetzen“: Darum geht es beim PRAEVENIRE-Gesundheitsforum Seitenstetten. Der Kongress ist die Auftaktveranstaltung für die große Gesundheitsinitiative PRAEVENIRE und verfolgt die Absicht, zu den Schwerpunktthemen Public Health, Healthy Ageing, Mental Health und Chronic Diseases Potenziale im österreichischen Gesundheitssystem aufzuzeigen. Als Kongresspräsident konnte mit Dr. Armin Fidler ein international renommierter Public-Health-Experte gewonnen werden. Das Ziel von PRAEVENIRE ist klar: von erfolgreichen internationalen Lösungen lernen, konkrete Maßnahmen entwickeln und diese mit regionalen Partnern umsetzen – für gesunde Menschen in einer gesunden Gesellschaft.

WELLDONE Werbung und PR

Eine steigende Impfskepsis innerhalb der Bevölkerung, das Wiederaufkommen längst als besiegt geglaubter Krankheiten und bedenklich geringe Durchimpfungsraten: Im internationalen Vergleich steht es um das Impfwesen in Österreich nicht besonders gut. Der Public-Health-Experte Dr. Armin Fidler und die Impfpertin Univ.-Prof. Dr. Ursula Wiedermann-Schmidt starteten deshalb im Rahmen des Österreichischen Impftags ihre unabhängige Initiative „Geimpft – Geschützt – Sicher“. Sie soll zur Bewusstseinsbildung zum Thema beitragen. Ein eigens kreierter Ansteckbutton macht Impfschutz bei Gesundheitspersonal sichtbar. Nicht der erhobene Zeigefinger, sondern Vorbildwirkung steht im Fokus. Mehr zur Impfinitiative finden Sie in dieser PERISKOP-Ausgabe.

Verleger und Eigentümer: PERI Consulting GmbH, Herausgeber: Mag. Hanns Kratzer, Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien; Redaktionsanschrift: Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien, Tel. 01/402 13 41-0, Fax: DW-18, E-Mail: pr@welldone.at. **Offenlegung gemäß § 25 Mediengesetz:** Medieninhaber: PERI Consulting GmbH, Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien; Unternehmensgegenstand: Beratung; Geschäftsführung: Mag. Hanns Kratzer, alleinvertretungsberechtigt.

Anteilseigner: Gesellschafter: Mag. Hanns Kratzer, Anteil: 25,00 %; Firma BJK & R Privatstiftung, Anteil: 75,00 %.
Redaktionsleitung: Robert Riedl; **Autoren:** Fabian Frühstück, Maximilian Kunz, Michael Moser, David Zalud; **Art-Direktion:** Dieter Lebsich; **Grafik:** Alexander Cadler, Sonja Huber, Lisa Lehensteiner, Florian Thüri; **Fotos:** Enders (15), Das Portrait/Grabenbauer (1), APA-Fotoservice/Hetfleisch (5), Hutter (2), Knoll (1), Matern (6).

Österreichische Akademie der Ärzte (6), APA-Fotoservice/Pichler (5), MCI/Potykanowicz (3), Sanofi/Prokop (1), Rowohl Verlag (1), Schiffli (13), Weingartner (1), WGKK (1); **Lektorat:** Uschi Sorz, Gudrun Likar; **Druck:** Paul Gerin GmbH & Co KG; **Auflage:** 6.000; **Erscheinungsweise:** fünfmal jährlich plus Sonderausgabe Alpbacher Gesundheitsgespräche im August 2016; **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.



» Verantwortung übernehmen und mitgestalten «

Die Welt des 21. Jahrhunderts befindet sich im Umbruch: demografischer Wandel und Digitalisierung bestimmen zunehmend unser Leben. Das PERISKOP sprach mit dem niederösterreichischen Landeshauptmann-Stellvertreter, Mag. Wolfgang Sobotka, über Werte im Gesundheitssystem, den Wert der Arbeit, die Folgen der Digitalisierung und den hohen Stellenwert von Eigenverantwortung in der Gesundheitsvorsorge.

Von Mag. Michael Moser, Bakk.Kömm.

PERISKOP: An welche Werte denken Sie in Bezug auf das niederösterreichische Gesundheitssystem?

Sobotka: Das optimale Wertebild ist eines, das eine hervorragende Versorgung gewährleistet und einen Interessenausgleich herstellt. Patienten, im Gesundheitssystem tätige Personen und jene, die es organisieren, gehen nicht immer von derselben Position aus. Unbestritten ist jedoch der Anspruch an das Gesundheitssystem, dass Menschen rasch, wirksam und auch kosteneffizient geholfen werden muss. Ohne Ansehen des sozialen Status oder der Person selbst. Ge-

sundheitsvorsorge gehört zur Daseinsvorsorge, sie ist ein Grundbedürfnis. Es ist jedoch nicht alles delegierbar. Ich begrüße, dass sich mehr und mehr die Haltung durchsetzt, dass jeder Einzelne auch selbst Verantwortung für seine Gesundheit trägt. Den Bürgern muss bewusst sein, dass sie, etwa durch regelmäßige Bewegung, gesunde Ernährung oder Vorsorgeuntersuchungen einen Beitrag leisten können. Wir haben lange nur als Fürsorgestaat gehandelt. Neben dieser Für- und Obsorge – die ich nicht missen möchte – müssen wir sehr klar kommunizieren, dass der Patient ebenfalls einen

Beitrag zu leisten hat. Dann kann eine ideale Kombination von Fürsorge und Eigenverantwortung entstehen.

P: Das heißt, dass jeder Mensch – im Rahmen seiner Möglichkeiten – Verantwortung für seine Gesundheit wahrnehmen muss. Wie wichtig ist Aufklärung in diesem Kontext?

Sobotka: Man trägt für seinen Körper Verantwortung. Diese kann man nicht einfach ablegen. Ich sehe auch, dass Aufklärung und Begleitung fruchten. Heute gehen doppelt so viele Niederösterreicher zu einer Vorsorgeuntersuchung als vor 20 Jahren. Am Beispiel der

niederösterreichischen Gesundheitsinitiative „VORSORGEaktiv“ können wir nachweisen, dass es zu signifikanten Lebensstilveränderungen der Teilnehmer gekommen ist. Nach neun Monaten engmaschiger Betreuung wird immer wieder evaluiert, ob sich etwas verändert hat. Dabei zeigte sich eine nachhaltige gesundheitliche Verbesserung – weniger Gewicht und Cholesterin, mehr Leistungsfähigkeit. „VORSORGEaktiv“ beweist, dass es Sinn macht, sich intensiv mit Menschen und ihrer gesundheitlichen Situation auseinanderzusetzen, auf spezifische Herausforderungen zu reagieren und Eigenverantwortung einzufordern.

P: Arbeit spielt eine große Rolle in unserer Gesellschaft. Wenn es um den Wert der Arbeit geht, wo sehen Sie Möglichkeiten, ein positives Bewusstsein diesbezüglich zu stärken?

Sobotka: Es ist wichtig, Menschen zu zeigen, was es heißt, mit Freude zu arbeiten. Wir sehen, dass sich der Begriff und die Zugänge zur Arbeit wandeln. Etwa bei den Jungen, die ein grundsätzlich positives Verständnis von Arbeit haben. Ihnen ist die Balance zwischen Job, Familie und Freizeit sehr wichtig. Dazu haben wir noch zu wenig Expertise. Wir gehen aber davon aus, dass sie länger im Arbeitsprozess bleiben können, da sie von Krankheitsbildern wie etwa einer Erschöpfungsdepression weniger stark betroffen sein werden. Wir leben in einer Gesellschaft, die Arbeit und Familie unter einen Hut bringen muss. Dazu bedarf es neuer Zugänge, um möglichst viele Menschen möglichst lange im Erwerbsleben zu halten. Wir wissen etwa, dass Arbeitslose oder Menschen, die vorzeitig in Pension gehen, im Schnitt viermal häufiger krank sind. Es ist nur menschlich, das Lebensumfeld mitgestalten zu wollen statt befürsorgt zu werden. Starke körperliche Belastungen werden durch die zunehmende Mechanisierung künftig eine geringere Rolle spielen. Herausforderungen ergeben sich heute oft durch psychische Belastungen. Wenn Teams nicht funktionieren oder Menschen ihren Arbeitsrhythmus nicht selbstbestimmt definieren können, kommt es zu Stresssituationen. Teamleiter können für ein produktives Miteinander sorgen. Es liegt aber auch in der Eigenverantwortung von Mitarbeitern, sich in Diskussionsprozesse einzubringen.

P: Sie haben über psychische Erkrankungen gesprochen. Inwiefern sind die Digitalisierung und die Schnelligkeit der Zeit eine Belastung für Menschen?

Sobotka: Für Digital Natives ist die Digitalisierung kein Problem, sie sind quasi damit aufgewachsen. Digital Immigrants müssen erst hineinwachsen. Aber nicht die Geschwindigkeit, sondern die Fülle an Daten ist der entscheidende Punkt. Wie wähle ich Daten aus, wie verwende und verknüpfe ich sie? Hieraus die richtigen Konsequenzen zu ziehen ist eine zentrale Kompetenz. Es liegt auch in der Eigenverantwortung von Menschen, sich durch gezieltes Datenmanagement dem Druck der Daten zu entziehen. Die Digitalisierung sollte als Vorteil bzw. als Unterstützung gesehen werden.

P: Betrachten wir den gesellschaftlichen Wert der Kommunikation. Sehen Sie hier infolge der Digitalisierung große Veränderungen?

Sobotka: Die Digitalisierung birgt viele Vorteile. Man denke etwa an Konferenzschaltungen. Sie erlauben die ortsunabhängige Zusammenführung von Expertise. Ich orte jedoch ein gesellschaftliches Problem. In den letzten zehn Jahren stieg der Anteil an Singlehaushalten in Niederösterreich von unter 30 Prozent auf 34 Prozent an. Die Anzahl regelmäßiger persönlicher Kontakte nimmt ab, kommuniziert wird oft nur mehr über elektronische Hilfsmittel. Dadurch fehlt die wichtige Reflexion des direkten Gesprächs. Entstehende Kommunikationsdefizite müssen dann von der Gesellschaft, von Schulen, Kindergärten oder Unternehmen aufgefangen werden.

P: Gesellschaftliche Isolation ist besonders für ältere Mitmenschen oft ein Problem. Wie kann man Senioren besser in die Gesellschaft einbinden?

Sobotka: Etwa durch das Modell des betreuten Wohnens. Betreute Wohnrichtungen befinden sich in Zentrumszonen. Sie erlauben es den Bewohnern, fußläufig wichtige Infrastruktur zu erreichen, am Gemeinleben teilzuhaben. Sie verfügen über Aufenthalts- und Freizeiträumlichkeiten. Es



Landeshauptmann-Stellvertreter Mag. Wolfgang Sobotka wurde am 5. Jänner 1956 in Waidhofen an der Ybbs geboren. Er studierte Geschichte an der Universität Wien, Musikpädagogik und Musikerziehung an der Hochschule für Musik und Darstellende Kunst Wien sowie Dirigieren am Brucknerkonservatorium in Linz. Seine politische Laufbahn startete der ÖVP-Mandatar 1982 mit dem Einzug in den Gemeinderat seiner Heimatstadt Waidhofen an der Ybbs. In den Jahren 1996 bis 1998 war er Bürgermeister. 1998 wechselte Wolfgang Sobotka als Landesrat für Finanzen, Umwelt und Raumordnung in die Niederösterreichische Landesregierung. Seit 2009 ist er Landeshauptmann-Stellvertreter. In dieser Funktion verantwortet er u. a. die Bereiche Finanzen, Wohnbau, Gemeinden, Arbeitsmarkt sowie die Gesundheitsvorsorge und -zielsteuerung als Vorsitzender des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS). Zahlreiche Einrichtungen gehen auf Initiativen Wolfgang Sobotkas zurück, darunter der Verein „Natur im Garten“ zur Ökologisierung von Gärten und Grünräumen, das „Alois Mock Institut“ als Wissensforum für Zukunftsfragen oder die Initiative „Tut gut“ als Dach der NÖ Gesundheitsvorsorge. Seit November 2010 ist Wolfgang Sobotka zudem Landesobmann des NÖ Arbeitnehmerbundes und wurde im Mai 2015 mit 99,4 Prozent in dieser Funktion bestätigt.

ist in Zukunft notwendig, dass Menschen nach dem regulären Erwerbsleben ein Betätigungsfeld vorfinden, in dem sie sich zum Beispiel ehrenamtlich einbringen können. Der Mensch fühlt sich besser, wenn er eine Aufgabe hat. Wenn wir den Sozialstaat finanzierbar halten wollen, benötigen wir eine Neudefinition von Lebensabschnitten. Es ist nie zu spät, um in Menschen zu investieren.

P: Wenn wir vom Gesundheitssystem sprechen, ist immer dessen Finanzierung ein Thema. Welche Werte vertreten Sie hier?

Sobotka: Jedes Gut hat seinen Wert, das gilt auch für Gesundheitsleistungen. Eine Grundstruktur muss jedoch gemeinschaftlich finanziert werden. Gesundheit darf keine Frage der finanziellen Mittel sein. Wir müssen alles daransetzen, dass gerade die Zugänglichkeit zu einer guten gesundheitlichen Versorgung geldunabhängig allen offensteht. Zusatzleistungen können jedoch nicht von der Allgemeinheit erbracht werden. Gemessen am BIP, betragen die Gesundheitsausgaben fast elf Prozent. Wenn wir vom Gesundheitssystem reden, müssen wir bedenken, dass es nicht nur öffentliche, sondern auch private Strukturen gibt. Immer wieder steht der Vorwurf der Zwei-Klassen-Medizin im Raum. Wenn solche Tendenzen registriert werden, müssen wir ausnahmslos einen Riegel vorschieben. Wird etwa ein Patient mit Zusatzversicherung außer der Reihe operiert, hat das in der Freizeit des Arztes, nicht in seiner regulären Arbeitszeit zu erfolgen.

P: Sie werden beim PRAEVENIRE Gesundheitsforum im Stift Seitenstetten anwesend sein. Dieses befasst sich mit der Zusammenführung internationaler Expertise – etwa zu den Themen Public Health, Chronic Diseases, Healthy Ageing, Health Literacy – und der konkreten Anwendung des gesammelten Wissens. Ist ein solches Vorhaben in Österreich schwierig umzusetzen?

Sobotka: Ja. Ich glaube, dass wir in Österreich mehr Meinungen als tatsächliches Wissen diskutieren. Es fehlt an verwertbaren und fundierten Gesundheitsdaten. Wir benötigen evidenzbasierte Studien. In Niederösterreich haben wir mit Cochrane Österreich Akzente in der Beschäftigung mit Evidenz gesetzt. Heute werden 500 Studien pro Woche veröffentlicht, fünfmal mehr als vor 30 Jahren. Cochrane Österreich sorgt dafür, dass wir den Überblick über Aussage und Qualität behalten. Der Cochrane-Review folgt der Zielsetzung, Studien weltweit zu screenen und den Ärzten zur Verfügung zu stellen. Über die Plattform „Medizin Transparent“ haben auch die Bürger einen Mehrwert. Manche sind der Meinung, das bräuchten wir nicht. Das halte ich für schwer nachlässig. Public Health funktioniert in Österreich noch nicht flächendeckend. Wir brauchen ein Mehr an Verbindlichkeit und Eigenverantwortung. Einen Bottom-up-Prozess, wie er bei PRAEVENIRE verfolgt wird, begrüße ich sehr.

P: Was verbinden Sie mit dem Ort der Veranstaltung?

Sobotka: Das Stift Seitenstetten hat eine singuläre Stellung als Kloster. Der Konvent ist weder in besonderem Maße verschlossen noch total liberal – sondern sehr am Menschsein interessiert. Was sich auch in vielen Beispielen manifestiert, ist die besondere Ausstrahlung des Ortes. Es ist ein geistiges Zentrum des Mostviertels. Das Kloster ist ein Kraftort. Ich glaube, dass der Konvent sehr offen ist, sich mit vielen Dingen zu beschäftigen. In der Vergangenheit hat Seitenstetten hervorragende Persönlichkeiten hervorgebracht. Darum gefällt es mir, dass das Gesundheitsforum PRAEVENIRE an diesem Ort, der Perspektive vermittelt, stattfindet. ■

»Lebe deine Werte und sei mit dir zufrieden. Deine Gesundheit wird es dir danken!«



In unserer schnelllebigen Zeit sind Begriffe wie Überlastung, Burn-out, Depression und Stress ständig präsent. Mönche und Schwestern hingegen leben ein ausgeglichenes, weitgehend stressfreies Leben. Es ist von innerer Ruhe und Zufriedenheit geprägt – so zumindest der weitverbreitete Glaube. Das PERISKOP hat sich mit Abt Petrus im Benediktinerstift Seitenstetten getroffen, um über Werte, deren Bedeutung und die Auswirkungen auf die eigene Gesundheit zu sprechen.

Von Mag. phil. Fabian Frühstück, Bakk. phil.

PERISKOP: Was bedeuten Werte für Sie persönlich und für den Orden der Benediktiner?

Abt Petrus: „Mach's wie Gott, werde Mensch!“ Dieser Leitsatz gefällt mir besonders gut, wenn es um Werte geht. Menschwerden hat für uns etwas mit Gott zu tun und natürlich gehört auch die Gesundheit dazu, sie ist ein fester Bestandteil davon. Eine gewisse Ausgeglichenheit, darum geht es im Leben. Lebe dein Leben und genieße es. Aber in einer ausgeglichenen Art und Weise. Schon die 1500 Jahre alte Regel des heiligen Benedikt weiß um den Wert

dieser Ausgeglichenheit. Sie besagt: „Bete, lies und arbeite.“ Damit ist aber nicht gemeint, dass man fest arbeiten oder studieren soll, bis man nicht mehr kann, und wenn es nicht mehr geht, sich dem Gebet zuwenden. Maßvoll sein, Ausgleich und Balance sind die Stichwörter. Daran versuchen wir uns hier im Kloster, so gut es uns eben gelingt, zu halten.

P: Durch die neuen Medien, die Technologie und die persönliche Vernetzung hat das Lesen in den letzten Jahren einen anderen Stellenwert in der Gesellschaft eingenommen. Wie erleben Sie diese Veränderungen bei Ihnen im Kloster?

Abt Petrus: Lesen meint in diesem Zusammenhang nicht ausschließlich, ein Buch zur Hand zu nehmen und dieses von der ersten bis zur letzten Seite durchzuarbeiten. Lesen meint, dass man sein eigenes Handeln reflektiert. Denke über den Sinn deiner Taten nach und darüber, welchen Mehrwert sie haben. Was sind meine Handlungen wert? Für wen können sie wertvoll sein? Was ist die eigene Reflexion wert? Im besten Fall erkennt man eigene Lücken und beginnt, da-

ran zu arbeiten. So nähert man sich Schritt für Schritt dem Leitsatz „Mach's wie Gott, werde Mensch!“. Für jeden Menschen hat Gott eine wunderbare Vorstellung. Jeder Mensch ist anders, wir müssen darauf achten, dass jeder für sich seinen Weg findet. Das ist aus der Sicht des Glaubens wichtig, aber auch für die persönliche Gesundheit eines jeden Menschen. So kann man Dinge genießen und voller Freude erleben!

P: Wie kann man sich diese Arbeit aus dem Leitsatz der Benediktiner in Kombination mit einem ausgeglichenen, genussvollen Leben vorstellen?

Abt Petrus: Ich sage immer, unser „Job“ ist das Beten. Das ist sozusagen unsere erste Pflicht. Es soll dem Gottesdienst einfach nichts vorgezogen werden, so steht es in der Regel des heiligen Benedikt. Egal wie viel Stress oder Arbeit gerade ansteht, das Beten hat immer oberste Priorität bei uns im Kloster. Wie in jedem anderen Job muss man Aufgaben kategorisieren und bestimmen, welche Tätigkeiten wichtiger sind als andere. Um den Stellenwert dieser Aufgabe

zu beschreiben, halten wir uns an das regelmäßige Chorgebet. Mutter Theresa von Kalkutta sagt sogar: Wenn die Arbeit und der Stress doppelt hoch sind, dann nimm dir auch doppelt so viel Zeit für das Gebet. Das ist selbstverständlich eine sehr große Herausforderung, die schwer einzuhalten ist. Unser Stifter hat uns vor über 900 Jahren diesen Ort in die Hand gegeben, nicht damit wir uns ausruhen, sondern um für ihn und seine Familie zu beten und zu arbeiten, um Seelsorge zu betreiben und Bildungsarbeit zu leisten.

P: Sie haben das Wort „maßvoll“ in Zusammenhang mit Arbeit genannt. Wie gestaltet sich ein maßvolles Arbeiten und Beten im Stift Seitenstetten?

Abt Petrus: Der heilige Benedikt sagt, im Kloster soll alles maßvoll geschehen: Essen, Trinken, Arbeiten und auch das Gebet! Darum soll das gemeinsame Gebet eher kurz sein. Und wenn sich einer durch eine Aufgabe überfordert fühlt, dann möge ihm der Abt einen Helfer zur Seite stellen.

P: Haben Sie bemerkt, dass sich in Ihrer Gemeinschaft die Vorstellung von Werten im Laufe der Zeit verändert hat?

Abt Petrus: Wir sind natürlich alle Kin-

der unserer Zeit. Der Stress, das Tempo, der Drang nach einer bestimmten Perfektion haben auch bei uns Einzug gehalten. Auch ins Kloster ist eine gewisse Unruhe eingekehrt. Dabei trägt die innere Ruhe maßgeblich zur Gesundheit bei. Wie andere Menschen nehmen auch wir Mönche oft unglaublichen Stress auf uns, nur damit wir beliebt sind oder in unseren Kreisen anerkannt werden. Dieser selbst gemachte Druck und innere Trieb ist meiner Meinung nach sehr schlecht für das eigene Wohlbefinden und die Gesundheit.

P: Welche Werte versuchen Sie in Bezug auf Gesundheit im Kloster zu vermitteln?

Abt Petrus: Es geht oft nur darum, dem anderen gut zuzuhören, denn jedes Leben ist Begegnung. In einer gegliederten Beziehung beispielsweise versetzt sich der eine in die Situation des anderen, nimmt Rücksicht auf die Bedürfnisse und Gefühle des Partners. Als Abt empfinde ich es als eine wichtige Aufgabe, gut auf die Mitbrüder zu hören. Der heilige Benedikt fordert den Abt und den Wirtschaftler auf, sie mögen darauf achten, dass niemand traurig sei im Hause Gottes. Freude am Leben und an der Arbeit ist ein wichtiger Beitrag zur Gesundheit.

P: Durch welche Faktoren entstehen Überlastungen im Kloster?

Abt Petrus: Zu viel Arbeit ist nie gut und kann schnell zu Überlastung führen. Da wären wir wieder bei den Themen Ausgleich und Balance. Auf der anderen Seite sagt die Regel des heiligen Benedikt auch, dass Müßiggang der Feind der Seele sei. Wenn man tagelang nichts zu tun hat, spürt man schnell ein großes Unwohlsein. Hier fehlen dann der Sinn und der Selbstwert, um positiv und gesund leben zu können. Das ist neben dem materiellen Faktor ja das Grundproblem der Arbeitslosigkeit. Ein gesundes Maß zwischen Arbeit und Freizeit zu finden ist in der heutigen Zeit äußerst schwierig. Diese Herausforderungen haben wir natürlich auch bei uns im Kloster. Wenn die Arbeit zu sehr das Leben bestimmt, bekommt der Mensch genauso gesundheitliche Probleme, wie wenn die Tage lange Zeit unproduktiv bleiben. Arbeite fleißig, engagiere dich, aber das Leben besteht nicht nur aus Arbeit. Diese Balance zwischen Arbeit und Müßiggang zu halten ist eine große Herausforderung, ein großes Spannungsfeld. Wie gut einem dies gelingt, hängt natürlich auch von der Herkunft eines Menschen, seinem Zuhause und seiner Familie ab. Auch das sind wichtige Faktoren für Gesundheit und Wohlbefinden.

P: Hatten Sie in Ihrer Gemeinschaft jemals Probleme, dass Brüder diese Balance nicht richtig halten konnten?

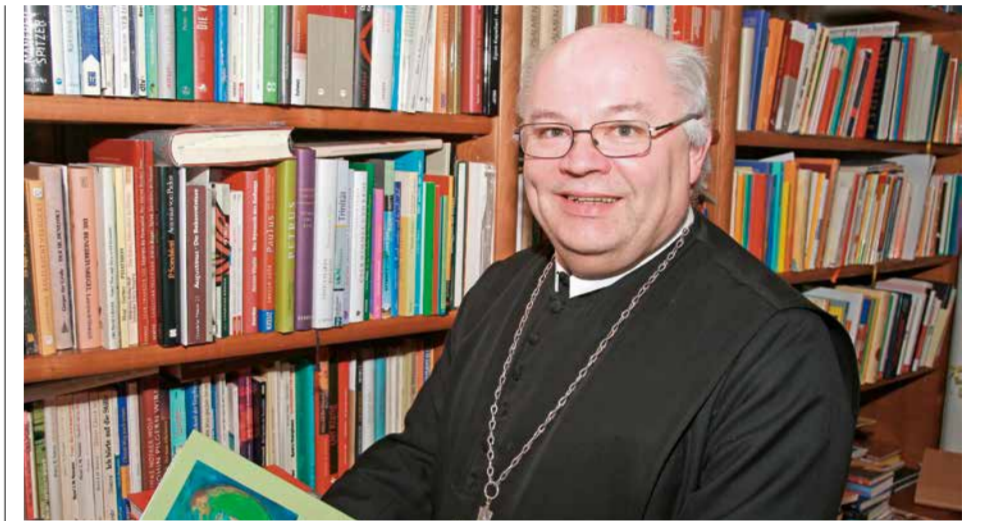


Abt Petrus: Natürlich kommt dies auch bei uns vor. Wenn das Spannungsfeld zu groß wird und man eben in eine Richtung kippt, kommt es zu gesundheitlichen Problemen. Auch in einem Kloster sind wir nicht vor Überlastung gefeit. Wir sind Menschen mit Emotionen und Gefühlen. Wenn solche Probleme auftreten, handeln wir nicht anders als in einer anderen Institution. Wir suchen medizinische Behandlung und Begleitung. Auch psychologische Betreuung von außerhalb des Klosters nehmen wir in Anspruch. In großen Notsituationen wird die Hilfe von Psychologen und Therapeuten von den Betroffenen gerne angenommen. In diesem Bereich herrscht meist Offenheit und kaum jemand scheut davor zurück, sich jemandem anzuvertrauen. Durch psychologische Unterstützung kommt meist wieder Stabilität ins Leben und man kann seinen Weg bestärkt weitergehen.

Ich finde es auch gut, dass dieses Thema – „psychische Gesundheit am Arbeitsplatz“ – im April während des Gesundheitsforums PRAEVENIRE behandelt wird. Ich freue mich, dass wir an diesem Forum teilhaben und unseren Beitrag leisten können, indem wir einen Raum der Integration und Zusammenarbeit bieten. Was kann ich mir mehr wünschen, als dass in einem Stift über Gesundheit gesprochen wird und Projekte zur Gesunderhaltung entwickelt werden, mit denen man direkt zu den Menschen geht. Nichts anderes machen wir ja auch.

P: Was raten Sie Ihren Mitbrüdern, damit sie ihre Werte gesund und glücklich leben können? Und wie können Menschen außerhalb des Klosters diese Werte im Alltag anwenden?

Abt Petrus: Was ich meinen Brüdern sage, gilt wohl für jeden Menschen: Nimm dein Leben so, wie es ist! Wir sind keine Stars, die wenigsten Menschen werden es je werden und es ist für ein glückliches Leben auch nicht notwendig. Nimm dein Leben an, auch mit deinen Schwächen. Jeder hat seine Stärken und Schwächen. Es wäre doch langweilig, wenn wir alle perfekt wären. Du bist so, wie du bist, und so, wie du bist, ist es gut. Wenn wir ja zu unserem Leben sagen, ist viel gewonnen. Stress und Zwang werden dadurch abgeworfen und die Psyche kann enorm entlastet werden. Dieses ständige Streben nach etwas, was wir nicht sind, kann zerrend sein. Das Akzeptieren der Lebensrealität gehört für mich genauso zu einer gesunden Lebensgrundlage wie Bescheidenheit und Dankbarkeit. Gut geerdet zu sein und bewusst im Leben zu stehen ist von unglaublichem Wert. Ich weiß auch, dass das in unserer Zeit mit den vielen Idealbildern sehr schwer geworden ist. Täglich bekommen wir vermittelt, noch schöner, noch schneller und noch bes-



sein zu sollen. Jeder von uns hat seine persönliche Last, seine Lebensgeschichte zu tragen. Wer sich mit der eigenen Lebensgeschichte aussöhnt und sich seiner persönlichen Last stellt, wird das als unglaublich befreiend erleben. Mit sich selbst zufrieden zu sein und ab und zu dankbar auf das eigene Leben zu schauen tut jedem Menschen gut. Das erlebe ich hier bei uns im Kloster, und das funktioniert auch garantiert in jeder Familie, in Beziehungen oder im Beruf. Geerdet zu sein und bewusst im Leben zu stehen ist enorm wertvoll. Am Ende des Tages danken es einem die persönliche Zufriedenheit und die Gesundheit. ■

BioBox: Abt Petrus Pilsinger ist der Leiter des Benediktinerstiftes Seitenstetten. Er wurde am 3. Juni 1964 in Euratsfeld als Anton Pilsinger geboren und maturierte 1982 im Stiftsgymnasium Seitenstetten. Nach dem Studium der Theologie und der Religionspädagogik trat er im Jahr 1987 in das Benediktinerstift Seitenstetten ein, wo ihm der Ordensname Petrus gegeben wurde. Von 1990 bis 1994 war Abt Petrus Kaplan in Aschbach und Kematen-Gleiß, danach wurde er Lehrer am Stiftsgymnasium Seitenstetten. Von 2004 bis 2013 war er dort als Direktor tätig. Am 8. Februar 2013 wurde Abt Petrus zum 63. Abt des Stiftes Seitenstetten gewählt.

Abt Petrus fungiert heuer als Gastgeber für das Gesundheitsforum PRAEVENIRE, welches vom 13. bis 16. April erstmalig im Stift Seitenstetten stattfinden wird. Die inspirierende und zurückgezogene Atmosphäre des Stiftes soll dazu beitragen, sich fernab des Alltags konzentriert Problemstellungen und zielgerichteten Lösungsvorschlägen zu widmen, um so die allgemeine Gesundheitskompetenz zu steigern.



Wir brauchen fächerübergreifende Lösungen

Der Verein zur Förderung von Wissenschaft und Forschung (vfwf) in den neuen Universitätskliniken am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien hat sich das Ziel gesetzt, zukunftsorientierte Forschung und Lehre an der Medizinischen Universität Wien zu stärken. Das PERISKOP sprach mit Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant (Präsident des vfwf und Leiter der Universitätsklinik für Chirurgie) und Univ.-Prof. Dr. Klaus Markstaller (Vizepräsident des vfwf und Leiter der Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie) über Geschichte und Entwicklung des Vereins, das Leitthema Patientensicherheit und vier konkrete Projekte zu deren Förderung.

Von Mag. Michael Moser, Bakk.Komm.

PERISKOP: Der Verein zur Förderung von Wissenschaft und Forschung in den neuen Universitätskliniken am Allgemeinen Krankenhaus blickt auf eine lange Geschichte zurück. Wobin geht die Reise in Zukunft?

Gnant: Der Verein hat eine bedeutende Geschichte. Ursprünglich wurde er als Plattform des AKH gegründet, um für die Wissenschaft ein Gegengewicht zum Ministerium zu bilden. Gerade in der Bau- und Besiedelungsphase des AKH war der Verein eine bedeutende Institution, da er viele Stakeholder involvierte. Diese Identität hat sich über die Jahre etwas abgeflacht. Aus der heutigen Analyse ist der Austausch zwischen den Stakeholdern ähnlich wichtig wie damals, er findet aber unter anderen Vorzeichen statt. Aus diesem Grund hat eine Gruppe von jüngeren Professorinnen und Professoren beschlossen, sich für eine Reaktivierung des Vereins einzusetzen. Ziel ist es nun, nicht „gegen“ die „Bundes“-Seite, sondern im Sinne und unter der Patronanz der Medizinischen Universität Wien zu agieren. Ich denke, dass der Verein sich an den Schnittstellen von Krankenhaus und Universität dort positioniert, wo er aufgrund seiner Struktur, der vielfältigen Vernetzung, aber auch der geringeren Notwendigkeit zur „politischen Korrektheit“ Dinge vordringen kann, die Vertreter der Stadt Wien oder der Universität in dieser Form „offiziell“ weniger gut können. Das zu forcieren ist unsere Aufgabe und bedeutet, dass wir an diesen Schnittstellen von Interessierten eine Plattform bilden, die Themen voranbringt. Aktuell besteht der vfwf aus einer Gruppe von 280 Mitgliedern. Seit 2015 haben wir das Thema Patient Safety als aktuelles und wichtiges Leitthema unseres Handelns ausgewählt.

Markstaller: Der vfwf bietet eine Plattform. Es gibt viele Herausforderungen – sowohl

im klinischen als auch im wissenschaftlichen Bereich –, die nicht primär fachbezogen beantwortet werden können. Daher braucht man einen fachübergreifenden Zugang. Das ist in der Medizin prinzipiell schwierig, da jeder primär die Aufgaben des eigenen Fachgebiets angeht. Aus diesem Grund ist es hilfreich, dass Plattformen wie der vfwf interdisziplinäre Zugänge vordenken und aktiv forcieren.

P: Patientensicherheit ist das Leitthema des Vereins zur Förderung von Wissenschaft und Forschung. Es ist mit vielen medizinischen Bereichen verbunden. Liegt der Vorteil der Thematik darin, dass sie eine Vielzahl an Aktivitäten erlaubt?

Gnant: Das Thema ist vielfältig, aber keineswegs beliebig. Letztlich heißt Patientensicherheit im holistischen Sinn, dass sich Patienten bei den Ärzten sicher und geborgen fühlen und auch sind. Das muss unser aller Ziel sein. Damit es erreicht werden kann, bedarf es einer ganzen Reihe von Ingredienzien: Exzellenz in der Ausbildung der Ärzte, Perfektionismus im eigenen Handeln als anzustrebende Maxime und gegenseitiges Vertrauen. Die Fähigkeit, Vertrauen aufzubauen, wird stark von unserem Kommunikationsstil beeinflusst. Einem Arzt, der Empathie für seine Patienten empfindet, wird eher

vertraut als einem Arzt, der diese Fähigkeit nicht besitzt. Aus diesen Zugängen heraus lassen sich dann konkrete Projekte ableiten, in denen der vfwf seine Schnittstellenfunktion ausfüllt. Ich denke, dass sich mehr Menschen auch in der Öffentlichkeit für Wissenschaft und Forschung an den Universitätskliniken interessieren, als wir es selbst wissen. Wir haben die Aufgabe, die Öffentlichkeit und Stakeholder ernst zu nehmen, und müssen Formate anbieten, die



UNIV.-PROF. DR. KLAUS MARKSTALLER
Vizepräsident des vfwf

UNIV.-PROF. DR. MICHAEL GNANT
Präsident des vfwf

ihren jeweiligen Informationsbedürfnissen entsprechen. Vom Blick hinter die Kulissen des AKH bis hin zu fachlichen Themen ergibt sich so ein weites Aufgabenfeld. Wenn man so will, könnten wir in gewisser Weise auch die Rolle eines „Gewissens“ wahrnehmen, unserem akademischen Auftrag entsprechend. Eine solche Position lässt sich aber natürlich nicht deklamieren. Man kann nicht sagen, wir als vfwf sind jetzt das Gewissen im Prozess der Patient Safety, sondern diese Rolle entsteht durch die Gesamtheit all unserer Handlungen.

P: Wie wichtig ist eine ganzheitliche Betrachtungsweise der medizinischen Betreuung von Patienten für den vfwf?

Gnant: Es gibt eine ganze Menge an Qualitätsmanagement-Initiativen. Wir sehen daraus, dass die einzelnen medizinischen Bereiche großartige Fortschritte gemacht haben, der Gesamtfortschritt aber deutlich hinterherhinkt. Es ist niemandem gedient, wenn zwar ein Teil der Behandlung perfekt erfolgt, danach aber in einem anderen Bereich oder an der Schnittstelle nicht die bestmögliche Betreuung stattfindet. Die Behandlung von Menschen muss als Gesamtprozess betrachtet werden. Zur Förderung dieses Gesamtprozesses besteht eine gesellschaftliche Verantwortung der Universität, also auch der Wissenschaft und der Forschung. Für den Verein ist diese Thematik deshalb eine besonders wichtige Aufgabe. Derzeit

wird etwa ein abgestuftes Versorgungssystem entwickelt. An der Spitze des Systems braucht es jemanden, der durch sein Tun, sein Kommunizieren, aber auch durch seine Inhalte die Rolle einnimmt, welche der Förderung bestmöglicher Gesamtprozesse im besonderen Maß dient. Solche Anforderungen gehen weit über rein fachliche Qualifikationen hinaus.

Markstaller: Steigt ein Passagier in ein Flugzeug, interessiert es ihn nicht, ob das linke Triebwerk oder die rechte Tragfläche wunderbar funktionieren. Der Fluggast ist daran interessiert, sicher und wohlbehalten am Ziel anzukommen. Das Gesamtergebnis steht im Fokus. Unser Leitthema Patientensicherheit birgt auch eine gewisse Tragik in sich. Etwa wenn eine Operation und Anästhesie wunderbar verlaufen, der Patient aber im Laufe der stationären Nachbehandlung mit einer nosokomialen Infektion angesteckt wird. Dann war zwar ein Teilprozess erfolgreich, der Gesamtprozess der Behandlung aber ein Misserfolg. Um Schädigungen von Patienten im Zuge von Behandlungen zu verhindern, benötigt es einen fachübergreifenden Zugang. Dieser Anspruch spiegelt sich in unseren Projekten wider.

P: Der vfwf verfolgt vier konkrete Projekte. Welche Themen, welche Herausforderungen ergeben sich daraus?

Markstaller: Ein Projekt beschäftigt sich aktuell mit der Intensivmedizin und der wei-

teren Versorgung auf den Normalstationen. Wir haben eine hervorragende Intensivmedizin, welche höchsten Ansprüchen genügt. Auch unsere Normalbettenstationen sind sehr gut, doch der Unterschied zwischen beiden Betreuungsformen ist groß. Deshalb gibt es das Konzept der Medical Emergency-Teams, die Patienten nach der Verlegung von der Intensiv- auf die Normalbettenstation regelmäßig nachvisitieren. So kann sichergestellt werden, dass die Patienten auch unter Bedingungen der Normalstation sicher aufgehoben sind. Wenn sich Probleme auch nur anbahnen, gibt es sehr gut evaluierte Scores, die es ermöglichen, dass Patienten von Teams der Intensivmedizin mitbetreut oder gar wieder in die Intensivmedizin verlegt werden. Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass die unerwartete Komplikation und zu spätes Handeln den Patienten sehr stark schädigen. Ein Patient mit einer unerwarteten Komplikation hat eine schlechtere Prognose als einer, der als Notfall von der Straße kommt.

Gnant: Dieser Zugang erfordert eine kooperative Struktur und ein hohes Involvement der Beteiligten. Wir betreiben nicht l'art pour l'art, sondern werden daran gemessen, wie sich die Zahl der unerwarteten Komplikationen konkret entwickeln wird. Das Projekt wird deshalb laufend evaluiert werden.

P: Das zweite Projekt ist eine Datenbank über perioperative „unerwünschte Ereignisse“. Was kann man sich darunter vorstellen?

Markstaller: Das Projekt ist neu und Teil unserer Initiative. Es handelt sich dabei um eine Sicherheitsmeldung nach jeder Operation. Sie betrifft sowohl die Chirurgie als auch die Anästhesie. Dabei wird die Frage gestellt, ob es während der Behandlung zu unerwünschten Ereignissen gekommen ist. Auch wenn für den Patienten keine Komplikationen aufgetreten sind, muss sie beantwortet werden. Man kann einen Prozess, etwa die Narkose oder den OP-Bericht, nicht beenden, bevor die Frage nach unerwünschten Ereignissen nicht beantwortet wurde. Das Projekt ist in unser PDMS-System integriert, die Aufzeichnung erfolgt digital. Um ein willkürliches Beispiel darzulegen: Einem Anästhesisten passiert vielleicht einmal im Jahr, dass die technische Datenübertragung nicht funktioniert hat. Wird der Vorfall nicht dokumentiert, passiert nichts. Durch das neue System können wir sehen, dass dies hausweit vielleicht öfter auftritt. Das hat zur Folge, dass wir rasch im Sinne einer Problemlösung reagieren können.

Gnant: Das Schöne an diesem Projekt ist, dass wir verschiedene Dimensionen erfassen. Von der technischen Dimension, dem logistischen Ablauf, der Arzt-Patienten-Dimension bis hin zu medizinischen Daten. Schon die ersten Wochen des Einsatzes zeigen Ereignisse auf, die uns vorher einfach nicht bewusst waren. Ein Vorteil des Einsatzes dieses Systems im AKH ist zudem die hohe Anzahl an Behandlungen. Wir

kommen dadurch auf eine große Datenbasis, woraus sich valide Rückschlüsse ziehen lassen. Dies fördert Effizienz, was wiederum die Position des AKH bei seinen Stakeholdern, etwa bei der Anforderung neuer medizinischer Technik, stärkt.

P: Das dritte Projekt ist im Bereich der Telemedizin angesiedelt. Wie sieht es konkret aus?

Markstaller: Das Projekt zur telemedizinischen Intensivmedizin befasst sich mit der Einrichtung eines Beratungszentrums für intensivmedizinische Fragestellungen. Wir haben relativ viele Anfragen zur Übernahme

von Patienten, nicht immer ist der Zeitpunkt dafür ideal. Wenn es sich um Anfragen handelt, denen mit einer fachlichen Beratung besser geholfen wäre als mit intensivmedizinischer Übernahme des Patienten, so erspart das Kontrolle, Ressourcen und Kapazitäten. Es gibt aber auch Patienten, bei denen zu spät um eine Übernahme angefragt wird. Um diesen Prozess zu optimieren, gibt es technische Möglichkeiten, die etwa in der Radiologie schon etabliert sind, aber auch in der Intensivmedizin funktionieren. Inzwischen ist alles digital. Überträgt man die komplette digitale Krankenakte, kann man in einigen Fällen sehr schnell helfen oder den idealen

Zeitpunkt einer Übernahme festlegen. Dies führt zu mehr Effizienz und dem Patienten ist gedient. **Gnant:** Man muss dabei auch den Kostenaufwand bedenken, der in der intensivmedizinischen Betreuung entsteht. Hier unnötige oder zu späte Übernahmen zu vermeiden entlastet das Gesundheitssystem. Der Einsatz des telemedizinischen Beratungszentrums fördert auch den Abbau von Hemmschwellen, die vielleicht bei der persönlichen Kommunikation vorhanden sein können. Je stärker diese abgebaut werden, umso höher ist die Chance, dass irrationale kommunikative Aspekte keinen Einfluss mehr auf die bestmögliche medizinische Betreuung haben.

P: Als viertes Projekt ist die Einrichtung eines Zentrums für Patientensicherheit geplant. Wie weit ist die Implementierung hier fortgeschritten?

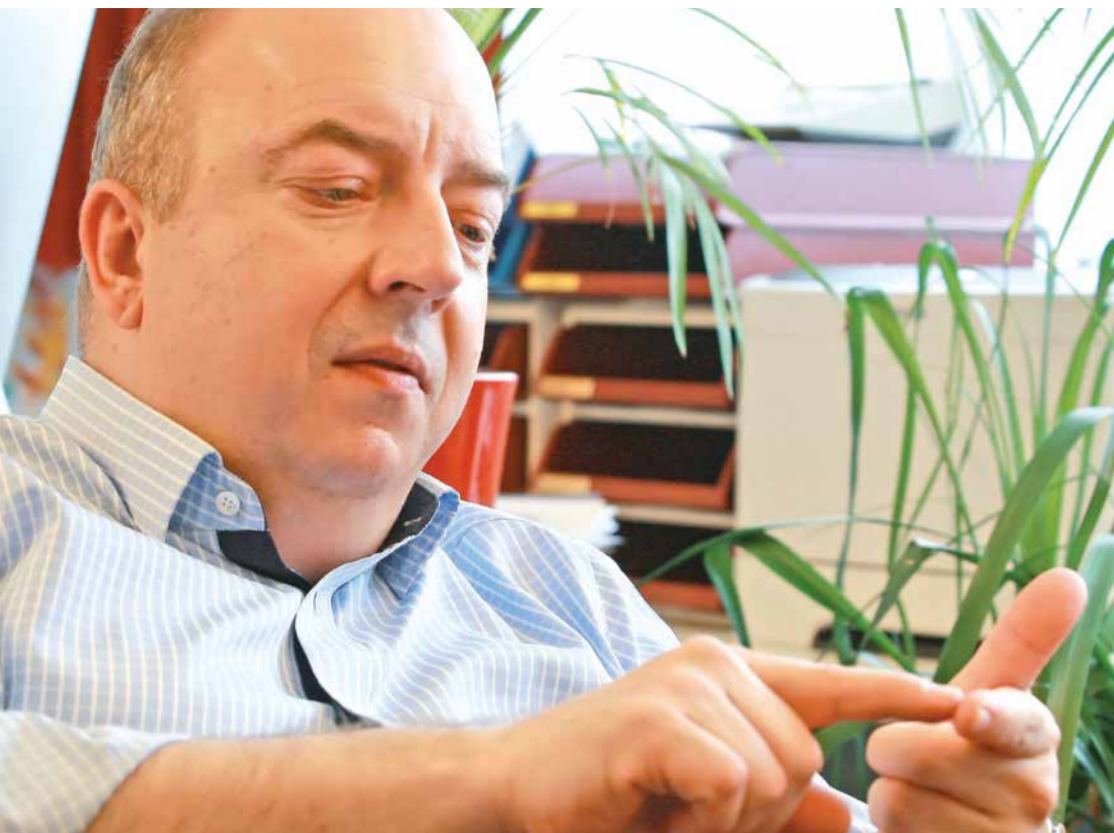
Markstaller: Die Umsetzung des vierten Projekts, das Patient Safety Center, ist bereits weit fortgeschritten. Es fehlt nur die letzte professionelle Ausbaustufe. Das Patient Safety Center beinhaltet die medizinische Simulation, etwa das Komplikationsmanagement in der Anästhesie und Intensivmedizin oder das virtuelle Operieren.

Es gibt hierzu Simulationsgruppen, die bereits eine hohe Expertise haben. Diese sollen aber noch weiter ausgebaut und lokal zentralisiert werden.

Gnant: Tatsächlich ist es so, dass es bisher keine Selbstverständlichkeit war, dass etwa Chirurgen und Anästhesisten gemeinsam trainieren. Das Patient Safety Center kann, wiederum im Sinne eines optimalen Gesamtprozesses, wesentliche Verbesserungen ermöglichen. Gerade hinsichtlich der medizinischen Ausbildung besteht auch eine große edukative Aufgabe: Es ist ganz klar, dass junge Ärzte ihre Erfahrungen sammeln müssen, aber wer will schon von einem „Lehrling“ behandelt werden?

„Der Verein hat eine bedeutende Geschichte. Ursprünglich wurde er als Plattform des AKH gegründet, um für die Wissenschaft ein Gegengewicht zum Ministerium zu bilden.“

„Um Schädigungen von Behandlungen zu verhindern, benötigt es einen fachübergreifenden Zugang.“



und eines fairen Austausches. Es gibt hier einen Unterschied zur Medizin vor 30 Jahren: Wir sind andere Dienstleister als früher. Man muss sich im Klaren sein, dass wir als Bürger sehr viel zu gewinnen, aber auch etwas zu verlieren haben, wenn wir die Ärzte von den einstigen „Göttern in Weiß“ auf Augenhöhe mit den Patienten und Stakeholdern holen. Wir verlieren die behauptete Sicherheit und müssen diese durch wahrhaftige Auseinandersetzung ersetzen – was ich persönlich sehr begrüße. Wenn wir etwa über Fehlermanagementsysteme reden, die ein Teil von Patient Safety sind, müssen wir uns auch klarmachen, dass es Fehler geben kann, die dadurch transparent dargestellt werden.

Markstaller: Die Verantwortlichkeit ist das Entscheidende. Im medizinischen Bereich muss sie zunehmend eine gesamtheitliche werden. Man kann sich nicht mehr darauf beschränken, dass ein Teil der medizinischen Behandlung perfekt abläuft. Es geht um den Gesamtprozess. Das trifft auch die Politik. Diese hat eine gesamtheitliche Verantwortung, dass Krankenhäuser für die

Patienten sicherer werden. Hier besteht auf jeden Fall noch Entwicklungspotenzial.

P: Gibt es schon weitere Projekte, die in Planung sind und über die Sie bereits berichten wollen?

Gnant: Es gibt eine Aufgabe, an die wir uns gerade behutsam heranwagen. Das Projekt fokussiert auf das Involvement der Laienöffentlichkeit. Die Idee dahinter ist, etwa mittels Führungen durch das AKH das Bewusstsein der Bevölkerung zur Universitätsmedizin zu steigern. Oder auch in Kooperation mit Partnerinstitutionen Interessierten die so wichtigen Themen Wissenschaft und Forschung näherzubringen. Die Dimensionen hierbei bewegen sich innerhalb des Medizinsystems. In einem nächsten Schritt sollen Schnittstellen eröffnet werden, die auch andere Stakeholder miteinbinden. Etwa Vertreter der Industrie, Interessierte anderer medizinischer Berufsgruppen oder Stakeholder wie die Patientenrechtsanwaltschaft – letztlich natürlich auch die Bevölkerung. Wir wollen „Fenster“ anbieten, durch die man in das System der Universitätskliniken hineinblicken kann. ■

Die Digitalisierung erlaubt es heutzutage, dass etwa junge Chirurgen sehr realitätsnah Eingriffe in der Virtual Reality üben können. Der junge Arzt konnte also Know-how aufbauen, bevor er in der OP-Simulation – z.B. auch an Tieren – praktische Erfahrung sammelt. So verfügen junge Ärzte heute – nach zwei oder drei überwachten Eingriffen am Patienten – über Fähigkeiten, wie es früher erst nach zwanzig Eingriffen der Fall war. Dieser Vorteil in der ärztlichen Ausbildung muss auch an die Stakeholder kommuniziert werden. Wir haben die Aufgabe, strukturierte, nachvollziehbare Ausbildungswege anzubieten und diese auch transparent der Bevölkerung oder den politischen Entscheidungsträgern zu kommunizieren.

„Wir haben die Aufgabe, strukturierte, nachvollziehbare Ausbildungswege anzubieten und diese auch transparent der Bevölkerung oder den politischen Entscheidungsträgern zu kommunizieren.“

also eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine optimierte hochqualitative Behandlung?
Gnant: Nicht alle Maßnahmen werden jedes Ziel erreichen. Wir haben aber den inneren Antrieb, die Projekte ständig zu evaluieren, um deren Wirkung festzustellen. Um zum Beispiel des Flugzeuges zurückzukehren: Wenn ich weiß, dass es ein neues System in einem Flugzeug gibt, das potenzielle Pilotenfehler verhindert, steigt man als Passagier beruhigter ein.

neues System in einem Flugzeug gibt, das potenzielle Pilotenfehler verhindert, steigt man als Passagier beruhigter ein.

P: Sehen Sie in einem ganzheitlichen Zugang auch einen Auftrag an die politischen Entscheidungsträger?

Gnant: Ja, das meinte ich auch anfänglich mit dem Begriff des Gewissens. Es ist nicht per se ein Ziel von uns, als solches zu gelten. Die Position entsteht durch die Zusammenführung unserer Handlungen. Dazu bedarf es Transparenz, Unbestechlichkeit



BioBox:

Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant wurde am 7. Juni 1964 in Wien geboren. Er absolvierte die Matura am Kollegium Kalksburg cum laude und begann 1982 sein Medizinstudium an der Universität Wien, welches er 1988 in Mindeststudienzeit abschloss. Sein Studium führte ihn 1986 auch an die Universität München. Bereits nach halber Studienzeit entschied er sich, Chirurg zu werden. Der Blick über die Grenzen faszinierte Gnant schon immer, wodurch er zahlreiche Auslandsaufenthalte absolvierte, etwa als Fellow und darauffolgend als Visiting Scientist einige Jahre am National Cancer Institute der USA in Bethesda. Nach seiner Rückkehr erlangte er im Jahr 2000 die Habilitation und wurde 2004 zunächst als Professor für chirurgisch-experimentelle Chirurgie sowie ab 2008 als Professor für Chirurgie an die Medizinische Universität Wien berufen. 2008 wurde er zum stellvertretenden Vorstand der Universitätsklinik für Chirurgie in Wien ernannt. Seit Oktober 2014 leitet der Vater zweier Töchter diese als Vorstand. Gemeinsam mit Univ.-Prof. Dr. Klaus Markstaller führt er seit 2015 das Zentrum für Perioperative Medizin an der MedUni Wien/AKH Wien. Sein Hauptarbeitsbereich ist neben allgemein- und viszeralchirurgischen Themen die chirurgische Onkologie, Brustkrebs, klinische Studien sowie experimentelle/translationalen Therapien. Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant hat bisher mehr als 400 Originalarbeiten in peer-reviewed Journals publiziert. Mit einem Gesamt-Impactfaktor von 2.400 und einem Hirsch-Index von 45 ist er einer der profiliertesten akademischen Chirurgen Europas. Er hat Hunderte nationale und internationale Vorträge gehalten und als Principal Investigator vieler klinischer Studien seine Erfahrung eingebracht. Seine Arbeit in der Krebsforschung und in der Gesundheits- und Forschungsentwicklung wurde mit nationalen und internationalen Forschungspreisen und zahlreichen Auszeichnungen gewürdigt. Er ist Mitglied zahlreicher nationaler und internationaler Fachgesellschaften und Reviewer höchstrangiger Zeitschriften. Als Präsident des vfwf engagiert er sich bei der Förderung von Wissenschaft und Forschung in den neuen Universitätskliniken am AKH der Stadt Wien.

Über den Verein zur Förderung von Wissenschaft und Forschung

Der vfwf wurde 1995 gegründet. Mitglieder des PropONENTENKOMITEES waren o. Univ.-Prof. Dr. Ernst Wolner, o. Univ.-Prof. Dr. Gerald Maurer, o. Univ.-Prof. DDr. Werner Mohl, o. Univ.-Prof. Dr. Klaus Wolff, Prof. Franz Kreuzer, Vizebürgermeister a. D. Präs. Hans Mayr, Vorst. Dir. DI Ernst Wildling und Dir. Dr. Wilhelm Hehenwarter. Im Mittelpunkt des Handelns des vfwf steht die Förderung der zukunftsorientierten Lehre und Forschung an der Medizinischen Universität Wien. Der gemeinnützige

Verein veranstaltet und finanziert Tagungen und Symposien. Mit jährlich stattfindenden Universitätsvorlesungen mit Impulsreferaten und Podiumsdiskussionen trägt er zur Vernetzung von Experten aus allen medizinischen Fachgebieten bei. Der vfwf dient ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken und fördert die zukunftsorientierte interdisziplinäre Zusammenarbeit aller relevanten Stakeholder. Vereinszweck ist es, dass an den Universitätskliniken des Allgemeinen Krankenhauses Wien mit den jeweils mo-

dernsten internationalen Erkenntnissen und Methoden gearbeitet wird. Die Tradition der Wiener Medizinischen Schule sowie die Verbesserung des österreichischen Gesundheitswesens sind Bestandteile der Identität der vfwf. Zudem stiftet der Verein jährlich einen Habilitationspreis, einen Dissertationspreis sowie einen Posterpreis. Spenden an den vfwf sind laut Spendenbegünstigungsbescheid des BMF vom 27. Juli 2015 steuerbegünstigt. Mehr Informationen unter: www.vfwf.at

DIE VORSTANDSMITGLIEDER DES VFWF

- Präsident**
Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant
- Vizepräsident**
Univ.-Prof. Dr. Klaus Markstaller
- Schatzmeisterin**
Mag. Martina Lutterschmid
- Schriftführer**
Univ.-Prof. Dr. Andreas Gruber
- Generalsekretär**
Univ.-Prof. Dr. Sebastian F. Schoppmann
- Vorsitzender des Kuratoriums**
Vizebürgermeister aD Dr. Sepp Rieder
- Kooptierte Vorstandsmitglieder**
Ao.Univ.-Prof. Dr. Gabriela Berlakovich
Univ.-Prof. Dr. Thomas Helbich
Univ.-Prof. Dr. Christian Herold
Univ.-Prof. Dr. Dontscho Kerjaschki
Univ.-Prof. Dr. Gabriela Kornek
Univ.-Prof. Dr. Irene Lang
Univ.-Prof. Dr. Gerald Maurer
Univ.-Prof. Dr. Siegfried Meryn
Univ.-Prof. Dr. Hubert Pehamberger
Univ.-Prof. Dr. Shahrokh Shariat
Univ.-Prof. Dr. Oswald Wagner
- Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates**
Univ.-Prof. Dr. Eduard Auff
- Koordination People**
Univ.-Prof. Dr. Rainer Kunstfeld
- Rechnungsprüfer**
Univ.-Prof. Dr. Richard Crevenna
Dr. Christian R. Schweiger
- Public Relations**
Mag. Johannes Angerer



BioBox:

Univ.-Prof. Dr. Klaus Markstaller wurde 1969 in Nürnberg geboren. Nach seinem Abitur begann er das Studium der Medizin an den Universitäten Tübingen und Ulm, wo er 1998 mit magna cum laude promovierte. 2004 erfolgte die Habilitation im Fach Anästhesiologie. Von 2001 bis 2002 absolvierte Markstaller einen Forschungsaufenthalt an der University of Pennsylvania in Philadelphia, in den Jahren 2004 bis 2007 war er am Inselspital der Universität Bern als klinischer Oberarzt und Forschungskordinator der Klinik für Anästhesiologie tätig. Im Jahr 2007 erhielt er eine Universitätsprofessur für Anästhesiologie an der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz. Im November 2010 trat Univ.-Prof. Dr. Klaus Markstaller die Professur für Anästhesiologie und perioperatives Management sowie die Leitung der Klinischen Abteilung für Allgemeine Anästhesie und Intensivmedizin an der Medizinischen Universität Wien an. Seit Februar 2014 leitet er auch die Klinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie. Gemeinsam mit Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant führt er seit 2015 das Zentrum für Perioperative Medizin an der MedUni Wien/AKH Wien. Markstaller ist u.a. Mitglied der Europäischen Akademie der Wissenschaften und Künste in Salzburg und der Fleischner Society, USA. Als Mitglied einer Erfindergemeinschaft konnte er zudem bereits zwei Patentanträge in Deutschland und den USA anmelden. Univ.-Prof. Dr. Klaus Markstaller erhielt zahlreiche Forschungspreise und ist neben seinen eigenen Publikationen auch als Gutachter bzw. Herausgeber wissenschaftlicher Fachjournale tätig – etwa als Gutachter der Deutschen Forschungsgemeinschaft sowie der Alexander-von-Humboldt-Stiftung. Im vfwf bekleidet er die Position des Vizepräsidenten des Vereins.

DER WISSENSCHAFTLICHE BEIRAT DES VFWF

- Vorsitzender**
Univ.-Prof. Dr. Eduard Auff
- Mitglieder**
Univ.-Prof. DDr. Wolfgang Bigenzahn
Univ.-Prof. Dr. W. Gstöttner
Univ.-Prof. Dr. Christian Herold
Univ.-Prof. Dr. Alexandra Kautzky-Willner
Univ.-Prof. Dr. Klaus Markstaller
Univ.-Prof. Dr. Gerald Maurer
Univ.-Prof. Dr. Christine Marosi
Univ.-Prof. Dr. Ingrid Pabinger
Univ.-Prof. Dr. Hubert Pehamberger
Univ.-Doz. Dr. Thomas Szekeres
Univ.-Prof. Dr. Michael Trauner
Univ.-Prof. Dr. Christoph Zielinski

DAS KURATORIUM DES VFWF

- Vorsitzender**
Vizebürgermeister aD Dr. Sepp Rieder
- Mitglieder**
Vorstands Dir. Kurt Ebner
Intendant Rudolf Klausnitzer
Dir. ao. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Krepler
Univ.-Prof. Dr. Hubert Pehamberger
Gen. Dir. Dr. Walter Rothensteiner
Rektor emeritus Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Schütz
Gen. Dir. Dr. Ernst Wastler



Univ.-Prof. Dr. Markus Müller, Rektor der Medizinischen Universität Wien

Meine erste persönliche Erinnerung an den vfwf ist eine prominent besuchte Fakultätsvorlesung des ehemaligen Leiters der Hautklinik, Univ.-Prof. Dr. Klaus Wolff, Mitte der 1990er-Jahre im Hörsaalzentrum des AKH. Ich war damals Assistenzarzt und Univ.-Prof. Dr. Klaus Wolff hat einen interessanten Vergleich der Kosten des damals neuen „Stealth Fighters“ der US-Luftwaffe mit dem österreichischen Forschungsbudget gezogen. Der Vergleich ist wahrscheinlich heute noch gültig und war für viele ein „Eye-Opener“. Seither gab es jährliche Initiativen des vfwf, um die großartigen Leistungen des AKH und der MedUni Wien einer breiteren Öffent-

lichkeit bekannt zu machen. Ich hatte persönlich zweimal, 2011 und 2016, die Ehre, die vfwf-Vorlesung zu halten. Die Veranstaltung 2011 ist mir in besonderer Erinnerung, da Bundesminister Töchterle – im Umfeld der damaligen Initiative „Rettet das AKH“ – noch unmittelbar im Hörsaal seine Zustimmung zur Überbrückung der prekären finanziellen Lage der Universität zusagte. Mit dem neuen vfwf-Präsidenten, dem Senatsvorsitzenden Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant, und dem Vizepräsidenten, Univ.-Prof. Dr. Klaus Markstaller, ist der vfwf hervorragend positioniert und bietet ein perfektes Instrument und Bindeglied, um die seit Anfang 2016 neu konzipierte Zusammenarbeit zwischen MedUni Wien und AKH im Sinne einer Renaissance der Wiener Medizinischen Schule zu unterstützen.

MCI: Internationaler Studiengang in Kooperation mit drei europäischen Hochschulen der Spitzenklasse



„Eu-HEM“ Consortium Board und Professoren der Partnerhochschulen: v. l. Daniele FABRI, Universität Bologna; Oddvar KARBOE, Universität Oslo; Antoinette DE BONT und Hans SEVERENS, Erasmus-Universität Rotterdam; Siegfried WALCH, Management Center Innsbruck

Am 27. Jänner wurde der Studiengang „European Master in Health Economics & Management“ („Eu-HEM“) nach einer dreijährigen Pilotphase feierlich eröffnet. Initiiert und wesentlich mitgestaltet wurde er vom Management Center Innsbruck (MCI), das den neuen europäischen Studiengang als Gemeinschaftsprojekt mit der Universität Bologna, der Universität Oslo und der Erasmus-Universität Rotterdam anbietet. Den Abschluss des von der EU geförderten Studiums bildet ein Joint Degree. Das PERISKOP sprach mit FH-Prof. Dr. Siegfried Walch, Professor und Leiter von „Department & Studiengänge“ am MCI, über dieses in Europa bislang einzigartige Studienangebot.

Von Mag. Michael Moser, Bakk.Komm.

PERISKOP: Der Studiengang „Eu-HEM“ wurde vor Kurzem offiziell präsentiert. Welche Entwicklungen führten zur Idee eines europäischen Studiengangs?

Walch: Die Grundidee entstand bereits 2005, als das Department „Nonprofit-, Sozial- und Gesundheitsmanagement“ eingerichtet wurde. Wir machten uns damals Gedanken darüber, welche Rollen die Absolventen in 15 bis 20 Jahren wahrnehmen werden. Es wurde uns klar, dass künftig eine grenzüberschreitende Mobilität von Patientinnen und Patienten rechtlich ermöglicht und ein stärkeres Zusammenspiel unterschiedlicher Sozial- und Gesundheitssysteme in Europa absehbar ist. Deshalb war es für uns wichtig, das Masterstudium auf diese Entwicklung hin auszurichten.

Hierzu bedarf es neben einer fachlichen insbesondere auch einer sprachlichen und kulturellen Kompetenz. Diese Multiprofessionalität sollte gestärkt werden. Die Zielsetzung war es, eine Verbindung zwischen Ländern, Sprachen, Kulturen sowie Sozial- und Gesundheitssystemen herzustellen, um unsere Absolventen bestmöglich auf ihre künftigen Führungsaufgaben in einem länderübergreifenden Kontext vorzubereiten.

P: Zu welchem Zeitpunkt begann die internationale Kooperation mit den heutigen Netzwerkpartnern?

Walch: 2008 startete das Masterstudium „International Health and Social Management“. Ein Jahr später wurde die Verbindung mit der Erasmus-Universität Rotter-

dam aufgebaut. Vertreter der Hochschule wurden auf unser Programm und unsere Zusammenarbeit mit der European Health Management Association aufmerksam und schlugen uns eine Kooperation vor. Ein halbes Jahr darauf hatten wir die Universität Oslo, wiederum ein halbes Jahr später die Universität Bologna mit an Bord. Wir sahen in diesen internationalen Kooperationen eine Möglichkeit, die bislang noch kaum jemand in Europa wahrgenommen hat.

P: Gab es anfänglich Schwierigkeiten?

Walch: Ja, etwa ein Jahr später kam es aufgrund des Status unseres Programms in Innsbruck als Fachhochschulstudium – den wir nie verschwiegen hatten – zu Vor-

behalten struktureller Natur. Wir lösten das Problem durch eine internationale Akkreditierung. Die finanzielle Unterstützung von 330.000 Euro der Europäischen Kommission zur Entwicklung des Programms und ihre starke Befürwortung der Zusammenarbeit zwischen Universitäten und einer angewandten Hochschule im Jahr 2012 halfen zusätzlich, letzte Zweifel zu beseitigen.

P: Ende Jänner fand die feierliche Eröffnung von „Eu-HEM“ in Innsbruck statt. Wie entwickelte sich das Interesse an „Eu-HEM“ im Laufe der Zeit?

Walch: Als wir starteten, war das Interesse außerhalb der Hochschulen noch eher gering. Über die Jahre hinweg erlangte das Projekt immer mehr Aufmerksamkeit. Wir mussten viele Hürden überwinden. Gerade deshalb freute es uns besonders, dass wir bei der feierlichen Eröffnung des Studiengangs in Innsbruck Führungskräfte der Weltgesundheitsorganisation, des europäischen Centers for Disease Control in Stockholm, der global tätigen Unternehmen Philips und Roche, des Europäischen Innovationsnetzwerkes EIT Health, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und der AOK Bayern begrüßen konnten. Unsere Arbeit wird immer stärker wahrgenommen.

P: Betrachten wir die Dimension der Studierenden. Was macht das Curriculum so besonders?

Walch: Die Wahlmöglichkeiten für die Studierenden sind dank der sechs Vertiefungen einzigartig und vielfältig. Es war uns besonders wichtig, eine perfekte Abstimmung im Curriculum zu erreichen. Zusammengesetzt aus den bestehenden Kompetenzen des Partnernetzwerks – Management of Healthcare Institutions, Economic Evaluation in Healthcare, Health Economics, Decision Making in Healthcare, Global Health und Healthcare Finance and Management – kommen wir auf ein Studienangebot und Wahlmöglichkeiten im Umfang von rund 700 ECTS-Punkten. Zum Vergleich, für den Abschluss des Masterstudiums sind 120 ECTS erforderlich. 2012 war das Studienprogramm jedoch noch nicht in allen Ländern akkreditiert. Der große Schritt zwischen 2012 und heute ist, dass wir an die Absolventen seit 2015 ein von allen vier Hochschulen gemeinsam anerkanntes Diplom vergeben können.

P: Welchen Vorteil bietet dieser Abschluss?

Walch: Der große Vorteil ist, dass die Absolventen ein Diplom erhalten, welches die österreichische, die niederländische, die italienische und die norwegische Qualitätssicherung durchlaufen hat. In Europa gibt es das nicht häufig. Das war administrativ zwar schwierig, durch die breite Unterstützung innerhalb des Partnernetzwerks konnte aber auch diese Herausforderung gelöst werden.

P: Was lässt sich zur Zufriedenheit der Studierenden und Absolventen mit dem Programm sagen?

Walch: Wir wissen, dass die Zufriedenheit sehr hoch ist. In Brüssel konnten wir etwa vor Kurzem vier Absolventen des Programms begrüßen, die über ihre Erfahrungen aus der Praxis berichteten. Das ist für unsere Studierenden zu ihrer eigenen Orientierung von großem Interesse. Es ist uns ein Anliegen, Absolventen und Studierende zusammenzubringen. Wir haben zudem ein Mentoring-Programm eingerichtet, das Studierende beim Schritt von der Ausbildung in die Praxis unterstützen soll. Seit wir das Mentoring-Programm – es beinhaltet auch Workshops mit Experten aus der Praxis – eingerichtet haben, konnten wir feststellen, dass Studierende eine klarere Vorstellung davon haben, welchen Karriereweg sie einschlagen wollen. Zudem bieten sich dabei sehr gute Möglichkeiten zur Vernetzung.

P: Aus welchen Ländern stammen die Studierenden, wie entwickelt sich die Nachfrage nach Studienplätzen?

Walch: Die Nachfrage ist sehr gut und sie steigt. Wir haben 60 Studienplätze im gemeinsamen Programm, ein Ausbau auf 80 Studienplätze ist geplant. Wir reichen derzeit für das Europäische Stipendiensystem ein, denn wir wollen die besten Köpfe haben, nicht nur jene, die es sich leisten können. Das Aufnahmeverfahren läuft über die Universität Oslo, zehn Plätze wurden für Nichteuropäer reserviert. Alleine für diese zehn Plätze gab es schon im ersten Jahr 120 Bewerber. Die inhereuropäischen Studierenden kommen aus allen europäischen Ländern zusammen.

P: „Eu-HEM“ gilt in Europa als bislang einzigartiges Projekt. Gibt es aus Ihrer Sicht „Konkurrenzmodelle“?

Walch: Wir laden regelmäßig Stakeholder aus der Praxis ein. Wenn diese unser Programm begutachten, vergleichen sie uns etwa mit der London School of Economics oder dem Karolinska Institut in Stockholm. Wir haben mit der Erasmus-Universität Rotterdam einen Partner, der in dieser Liga spielt, müssen aber in den nächsten Jahren beweisen, dass wir als Konsortium auch zu diesem Kreis gehören. Wir haben den Anspruch, dass „Eu-HEM“ das global führende Programm im Bereich Health Economics and Management wird. Ich bin zuversichtlich, dass das auch gelingen wird.

P: „Eu-HEM“ ist ein Meilenstein für das MCI.

Walch: Ja, und zwar nicht nur für das MCI, sondern auch für unsere Partneruniversitäten. Wir haben es geschafft, vier Partner aus vier verschiedenen Systemen für ein gemeinsames Studium zu vereinen, und konnten dabei die Qualität der Wissensver-

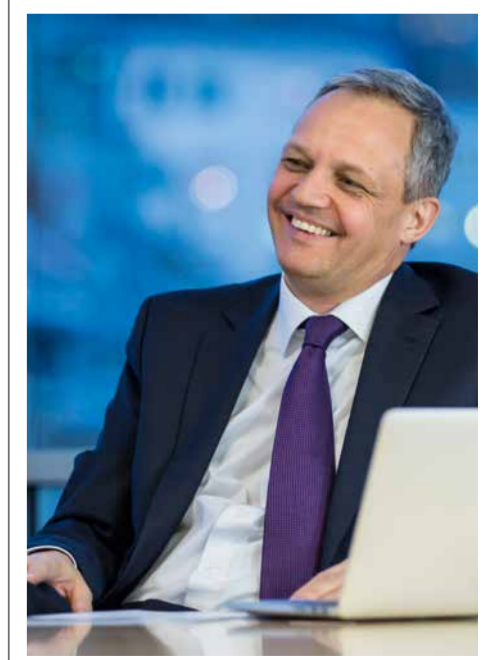
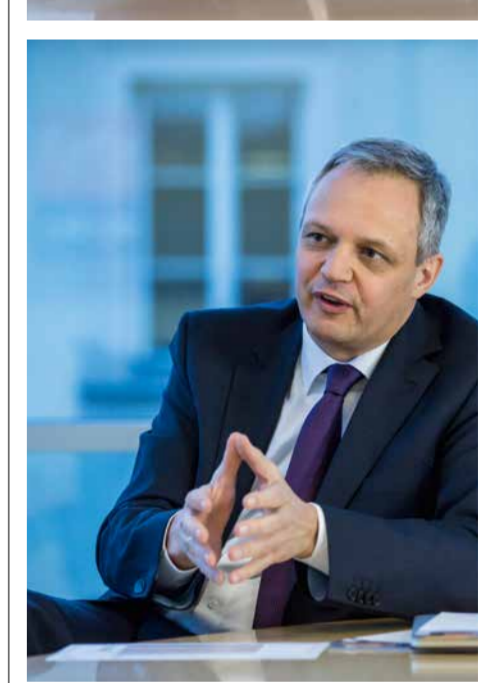
mittlung steigern. „Eu-HEM“ hat für europäische Bildungskoooperationen Vorbildcharakter. Die Verbindung aus fachlichem Know-how und persönlichen Kompetenzen unserer Absolventen, die wir etwa mit der „Summer School“ fördern, wird sehr geschätzt. Sozial- und Gesundheitswesen sind noch immer stark national organisiert. Zukünftige Herausforderungen im Sozial- und Gesundheitswesen werden aber immer stärker international und global geprägt. Mit „Eu-HEM“ haben wir einen Studiengang entwickelt, der Absolventen Verständnis über das nationale System hinaus bietet. Sie erlangen das nötige Rüstzeug, um nicht nur aktuelle, sondern auch künftige Herausforderungen bestmöglich bewältigen zu können. Ich appelliere deshalb an interessierte Österreicher, sich für „Eu-HEM“ zu bewerben. Nach dem Abschluss bieten sich ihnen hervorragende Möglichkeiten ihr Know-how daheim oder international beruflich einzusetzen! ■

Über das Partnernetzwerk

„Eu-HEM“ ist ein gemeinsamer Studiengang des MCI, der Universität Bologna, der Universität Oslo und der Erasmus-Universität Rotterdam. Das MCI wurde in den Jahren 1995/96 gegründet. Es versteht sich als unternehmerische Hochschule und bietet wissenschaftlich fundierte Lösungen in einem starken internationalen Netzwerk. Die Universität Bologna wurde im Jahr 1088 gegründet und gilt als älteste Universität Europas. Sie ist mit etwa 100.000 Studierenden die drittgrößte Universität Italiens. 1811 gegründet, ist die Universität Oslo die älteste Universität Norwegens. Über 30.000 Studierende besuchen die Hochschule. Die Erasmus-Universität Rotterdam, gegründet im Jahr 1913, gilt mit dem Institute of Health Policy & Management als Hochschule der Spitzenklasse. Weitere Partner sind nationale und internationale Gesundheitsorganisationen, wie etwa die Weltgesundheitsorganisation (WHO), das European Center for Disease Control (ECDC), der Hauptverband der Sozialversicherungen Österreichs und andere Sozialversicherungsträger, nationale und internationale Gesundheits- und Pharmaunternehmen sowie NGOs.



BioBox: FH-Prof. Dr. Siegfried Walch, geboren 1966, studierte an der Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Innsbruck und der Freien Universität Berlin, wo er 1998 am Institut für Dienstleistungsmarketing promovierte. Siegfried Walch absolvierte 2004 den Strategischen Führungslehrgang der Österreichischen Bundesregierung und 2008 die Summer School des European Observatory on Health Systems and Policies. Von 1996 bis 2009 war FH-Prof. Dr. Siegfried Walch als Gründungsgesellschafter und Managing Partner der SVWP Kommunikationsmanagement GmbH tätig. 2005 erfolgte die Berufung zum Leiter des Departments „Nonprofit-, Sozial- & Gesundheitsmanagement“ am MCI. Heute umfasst das Department das Bachelorstudium „Nonprofit-, Sozial- und Gesundheitsmanagement“ sowie die Masterstudien „International Health & Social Management“ und „Eu-HEM“ mit den damit verbundenen Forschungs- und Weiterbildungsprojekten.



FH-Professor Dr. Siegfried WALCH



v. l.: Rektor Andreas ALTMANN, MCI; Vizerektor Enrico SANGIORGI, Universität Bologna; Prorektor Ragnhild HENNUM, Universität Oslo; Rektor Hubert POLS, Erasmus-Universität Rotterdam diskutieren mit „Eu-HEM“-Professorin Antoinette DE BONT die Herausforderungen an Universitäten im 21. Jahrhundert.



Begrüßung der Festgäste durch MCI-Rektor Dr. Andreas ALTMANN

ÜBER „EU-HEM“

„Eu-HEM“ ist ein zweijähriges Vollzeitstudium (120 ECTS). Die Unterrichtssprache ist Englisch. Das Studium beginnt an einer der vier Hochschulen mit einem aufeinander abgestimmten Semester. Im vierten Semester wird die Masterthesis durch Lehrende von zwei Hochschulen betreut. „Eu-HEM“ bietet sechs Möglichkeiten zur Spezialisierung im zweiten und dritten Semester:

- Management of Healthcare Institutions
- Economic Evaluation in Healthcare
- Health Economics (Research Track)
- Decision Making in Healthcare
- Global Health
- Healthcare Finance and Management

Das Abschlussdiplom (joint diploma) für den European Master in Health Economics and Management wird von allen vier Partnerhochschulen anerkannt und unterfertigt.

Details zum Programm und zur Anmeldung: <http://eu-hem.eu/admission/>. Am MCI ist „Eu-HEM“ eng mit dem Studium „International Health & Social Management“ verbunden (www.mci.edu).

2020 soll die SVA eine andere sein!

Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) beschäftigt etwa 1.700 Mitarbeiter, fasst ein jährliches Beitragsvolumen von fast fünf Milliarden Euro (was etwa zehn Prozent aller Versicherten entspricht) und betreibt in Kooperation mit unterschiedlichen Partnern vier Gesundheitseinrichtungen. Darüber hinaus gilt die SVA als dynamischster und am stärksten wachsender Sozialversicherungsträger in Österreich. Das PERISKOP sprach mit dem stellvertretenden Obmann, Mag. Alexander Herzog, über die Unterschiede der SVA zu anderen Versicherungsträgern, künftige Zielsetzungen und Schlagworte wie Prävention oder Pensionsversicherung.

Von Maximilian Kunz, MAS, MBA



MAG. ALEXANDER HERZOG
stellvertretender Obmann der SVA

PERISKOP: Die SVA wächst schnell. In welche Richtung geht die Entwicklung und welche Akzente möchten Sie in den kommenden Jahren setzen?

Herzog: Wir agieren immer auf zwei Ebenen. Erstere ist das operative Geschäft. Unsere Ausrichtung ist B2C-orientiert (Anm.: der Fokus der Geschäftstätigkeit liegt auf den Versicherten), weshalb die Kommunikation und das Handling mit den Kunden, unseren Versicherten, wichtige Eckpfeiler darstellen. Also die Gestaltung des operativen Geschäfts. Hier befinden wir uns in einem herausfordernden Evaluierungs- und Optimierungsprozess. Aktuell haben wir stark innovationsgetriebene Maßnahmen in der Pipeline, die mich mit Fug und Recht sagen lassen, dass die SVA im Jahr 2020 eine an-

dere sein soll als heute. Sie betreffen u.a. den IT-Bereich, in dem wir mit neuen Funktionalitäten den Versicherten mehr Zugriff und Einstellungsmöglichkeit anbieten wollen. Zudem bauen wir gerade die Onlineservices deutlich aus. Das tun wir, weil es unsere Versicherten – wir sehen sie sehr wohl als Kunden – von uns erwarten. Was mich zu einem wichtigen Unterschied der SVA gegenüber anderen Versicherungsträgern bringt: Unsere Kundenschicht ist extrem heterogen. Sie steht direkt mit uns in Kontakt. Konkret bekommen unsere Versicherten quartalsweise eine Rechnung, die sie einzahlen bzw. überweisen müssen. Das ist naturgemäß etwas anderes, als wenn ein Angestellter auf seinem Gehaltszettel einen SV-Beitrag ausgewiesen und

„Die Maxime muss daher sein, den Menschen zu veranschaulichen, was wir alles tun und wie wichtig das ist.“

abgezogen bekommt. Zumeist wird dieser auch gar nicht wirklich wahrgenommen. Im Gegensatz dazu schauen SVA-Versicherte also genauer, wer wir sind, was wir mit dem Geld – ihren Beiträgen – tun und welche Leistungen wir dafür erbringen. Für uns ist das Herausforderung und Verpflichtung zugleich, und zwar auch auf der zweiten Ebene, der politischen. Hier geht es darum, den Versicherten zu erklären, wer wir sind, wie wir arbeiten und wie unser aktuell sehr komplexes System funktioniert. Für die kommenden Jahre habe ich mir vorgenommen, diese Komplexität sinnvoll zu verringern.

P: Was unterscheidet aus Ihrer Sicht den Umgang der SVA mit ihren Versicherten gegenüber anderen Versicherungsträgern wie beispielsweise den Gebietskrankenkassen?

Herzog: Wie bereits erwähnt, betrachten wir unsere Versicherten als Kunden. Immer wieder höre ich, dass das bei den Menschen

nicht so recht ankommt, da sich diese noch immer als Zwangsversicherte sehen und den Begriff des Kunden in diesem Zusammenhang für unpassend halten. Aus dieser Spirale herauszukommen und als Dienstleister im Sinne unserer Versicherten wahrgenommen zu werden, ist eine sehr große Herausforderung. Die Maxime muss daher sein, den Menschen zu veranschaulichen, was wir alles tun und wie wichtig das ist. Hier können wir gar nicht genug Transparenz in unsere Geschäftsprozesse bringen. Als Unternehmer, somit auch Kunde dieses Hauses, bin ich zutiefst davon überzeugt, dass dieser Umdenkprozess bei den Menschen fruchten wird. Aber das ist langfristig und wir bohren hier dicke Bretter. Häufig hören wir auch, dass wir „zu teuer“ wären. Denken Sie etwa an das stark wachsende Segment der „neuen Selbstständigen“ bzw. der Ein-Personen-Unternehmen (EPU). Hier konnten wir gerade durchsetzen, dass die Mindestbeitragsgrundlage auf das Niveau eines AS-

VG-Versicherten gesenkt wird. Wir sind ein beitragsfinanziertes Modell. Ich kann, will und werde daher keinem Versicherten eine Leistung schenken. Ein Beitrag in der Krankenversicherung in Höhe eines einzigen Euro am Tag bei der Mindestbeitragsgrundlage kann für den Zugang zu einem der besten Gesundheitssysteme der Welt nicht zu viel verlangt sein. Auch für all jene, die ihren Beitrag – aus welchen Gründen immer – nicht gleich bezahlen können, bieten wir inzwischen zahlreiche Möglichkeiten: Stundung, Ratenzahlung u. v. m. Auch den individuellen Zahlungsplan möchte ich ansprechen. In Wien haben wir dazu ein sehr erfolgreiches Projekt laufen, bei dem wir insbesondere mit jenen, deren Einkommen starken Schwankungen unterliegt – denken Sie etwa an Marktstandler – vereinbaren, dass diese ihren Beitrag im Rahmen eines Kalenderjahres dann bezahlen können, wenn es ihnen möglich ist. Damit haben wir eine Lösung für alle geschaffen, die mit monatlichen Beitragszahlungen aufgrund der angesprochenen Einkommenschwankungen nicht zurechtkämen. Bei diesem Modell gilt es, den zum Jahresbeginn vorgeschriebenen Kontosaldo individuell – wenn es eben möglich ist – abzudecken. Glauben Sie es oder nicht: Wo immer wir eine solche Zahlungsvereinbarung haben, gibt es nahezu keinen Ausfall. Die Leute sehen das durchaus als Vertrauensbeweis unsererseits. Wir tun also wirklich viel für unsere Versicherungsnehmer – das wollen wir noch stärker im Bewusstsein der Menschen verankern.

P: Wie genau verhält sich das im Bereich der Pensionsversicherung?

Herzog: Die Pensionsversicherung ist der zweite und wesentlich größere Teil der Quartalsvorsreibung. Als SVA sind wir einer der wenigen, die diesen Bereich selber abdecken. Häufig wird vergessen, dass dieser Bereich wie ein persönliches Sparbuch für die Pension zu sehen ist. Gegenüber der Krankenversicherung, die eine Leistung ist und in Anspruch genommen werden kann, bekommen die Versicherungsnehmer den in die Pensionsversicherung eingezahlten Betrag später in Cash heraus. Aus Untersuchungen wissen wir, dass unsere Versicherungsnehmer, wenn sie die Quartalsvorsreibungen erhalten, im Durchschnitt nur 1,5 bis 2,5 Sekunden auf ihre Abrechnung schauen. In dieser Zeit müssen alle Unklarheiten auf Anhieb ausge-



räumt werden. Gelingt das nicht, werden wir sofort kritisiert. Das sehen wir als Auftrag, unsere eigene Quartalsvorsreibung besser und übersichtlicher zu gestalten. Entsprechende Optimierungsansätze sind gerade in Ausarbeitung. Ein großes Thema sind für uns auch die erwerbstätigen Pensionisten. Ich denke, wir sollten denjenigen, die in der Pension freiwillig weiterarbeiten möchten, eine faire Möglichkeit dazu geben. Entscheidet sich jemand dafür, wird leider immer noch ein Pensionsbeitrag fällig. Er muss also, obwohl

Versicherten – weil sie selbstständig sind und daher ein höheres Maß an Eigenverantwortung in ihrer Berufswahl bewiesen haben – auch ein höheres Bewusstsein hinsichtlich Gesundheitsvorsorge und Prävention an den Tag legen. Auch die Tatsache, dass ein krankheitsbedingter Ausfall nicht fakturiert werden kann, spielt hier mit. Das Thema „Prävention“ steht also groß auf unseren Fahnen und wird auch in Zukunft von großer Bedeutung sein. Grundsätzlich hat die SVA ein etwas höheres Leistungsspektrum als andere Versicherungsträger. Der Großteil unserer Versicherten kennt und schätzt die von uns angebotenen Mehrleistungen. Vor diesem Hintergrund starten wir mit Juni dieses Jahres eine Informationsoffensive bei unseren Kunden. Mit dieser versuchen wir unsere Versicherten stärker darauf hinzuweisen, was wir letztlich alles für sie tun bzw. was alles in ihren Beiträgen steckt. Immer wieder stellen wir fest, dass die Versicherungsnehmer relativ wenig über unser Leistungsangebot wissen. Getriggert wird dieses Phänomen durch den Zwang zur Versiche-

BioBox:

KR Mag. Alexander Herzog wurde 1964 in Graz geboren und studierte Betriebswirtschaft an der Karl-Franzens-Universität. Er ist seit Oktober 2014 Obmann-Stellvertreter der SVA und in seinem Hauptberuf selbstständiger Unternehmensberater und Sanierungs- bzw. Restrukturierungsspezialist. Bis 2014 war er zudem erster Obfrau-Stv. der Wiener Gebietskrankenkasse. Seine berufliche Karriere führte ihn über breit gefächerte internationale Stationen. Bevor er sich 2006 selbstständig machte, leitete Herzog im Wiener Wirtschaftsförderungsfonds das Büro für internationale Betriebsansiedelungen. Des Weiteren bringt er umfangreiche Erfahrungen in der österreichischen Sozialversicherung und im Gesundheitswesen mit: So ist er derzeit als stellvertretender Vorsitzender der Trägerkonferenz beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger engagiert.



SVA – Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft

Die SVA ist der Sozialversicherungsträger für Österreichs Selbstständige und betreut als gesetzliche Krankenversicherung rund 775.000 Kunden, davon 390.000 aktiv Erwerbstätige, 146.000 Pensionisten und 239.000 Angehörige. Als gesetzliche Pensionsversicherung ist die SVA für 416.000 Versicherte zuständig.

er bereits in Pension ist, erneut einen Pensionsversicherungsbeitrag bezahlen, was ich für vollkommen absurd halte. Nicht zuletzt, weil der Einzahler das Geld in diesem Fall ja nicht mehr herausbekommt. Hier zwingt uns der Gesetzgeber dazu, unseren Kunden etwas abzunehmen, von dem diese keine erkennbare Gegenleistung haben. Das ist zutiefst ungerecht und erfordert Handlungsbedarf. An dieser Front im Sinne unserer Versicherungsnehmer zu kämpfen, ist auch Teil meiner Aufgabe.

P: Zum Leistungsspektrum: Was unterscheidet die SVA von anderen Versicherungsträgern – etwa im Bereich der Prävention?

Herzog: Wir gehen davon aus, dass unsere

rung. Wird Menschen etwas aufgezwungen, so stehen sie dem automatisch reserviert gegenüber. Die Bewältigung dieser psychologischen Hürde ist fordernd und wir haben noch kein Wundermittel dagegen gefunden. Wir nehmen dies jedoch als Auftrag, uns in der Transparenz gegenüber unseren Versicherten weiterzuentwickeln. Sobald wir die Neugestaltung des Programms zur Beitragsberechnung abgeschlossen haben, denken wir daran, zum Beispiel unsere Leistungen sowie Beitragsverwendung noch weiter zu individualisieren und damit einen nächsten großen Schritt in Richtung unserer Kunden – Stichwort Kunden- bzw. mehr Serviceorientierung – zu machen. ■



Impfschutz sichtbar machen

Im Rahmen des Österreichischen Impftags 2016 präsentierten Public-Health-Experte Dr. Armin Fidler, Senior Lecturer und Member of the Faculty am Management Center Innsbruck (MCI), und Impfpertin und Immunologin Univ.-Prof. Dr. Ursula Wiedermann-Schmidt, Professorin für Vakzinologie an der Medizinischen Universität Wien sowie wissenschaftliche Leiterin des Österreichischen Impftags, die unabhängige Impfinitiative „Geimpft – Geschützt – Sicher“. Sie macht Impfschutz beim Gesundheitspersonal sichtbar.

Von Mag. Michael Moser, Bakk.Komm.



Mit einem Besucherrekord von 843 Teilnehmern fand am 16. Jänner der Österreichische Impftag, die größte heimische Fortbildungsveranstaltung am Impfsektor für Ärzte, Apotheker und Gesundheitspersonal, im Austria Center Vienna statt. Er wurde unter der wissenschaftlichen Leitung von Univ.-Prof. Dr. Ursula Wiedermann-Schmidt mit der Österreichischen Akademie der Ärzte und der Medizinischen Universität Wien veranstaltet und stand unter dem Motto „Personalisierte Medizin – personalisierte Impfungen“. Die Besucher erwarteten nicht nur international und national hochkarätige Sprecher, sie konnten auch den Start einer unabhängigen Impfinitiative erleben.

Geimpft – Geschützt – Sicher

Im Österreichischen Impfplan ist verankert, dass Schutzimpfungen zu den wirksamsten Vorsorgemaßnahmen gehören, die der Medizin zur Verfügung stehen. Sie bieten einen zuverlässigen Schutz vor den entsprechenden Erkrankungen. Der weltweit dramatische Rückgang der Sterberaten seit Einführung globaler Impfprogramme veranschaulicht die Wirksamkeit von Impfungen eindrucksvoll, wie Prof. Andrew Pollard in seiner Keynote in Erinnerung rief. Dass aber der Bevölkerung die Notwendigkeit von kontinuierlich hohen Durchimpfungsraten nicht ausreichend bewusst ist, zeigt die ansteigende Zahl von impfpräventablen Erkrankungen, die längst für „besiegt“ gehalten wurden.

Der Österreichische Impfplan wird jährlich vom Bundesministerium für Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Nationalen Impfgremium überarbeitet. Auch im Rahmen des Österreichischen Impftags wurden Neuerungen vorgestellt. Wer die Empfehlungen des Österreichischen Impfplans einhält, kann von einem individuellen Impfschutz ausgehen und sorgt dafür, dass Erkrankungen nicht auf andere übertragen werden. Um das Impfbewusstsein zu fördern, wurde die unabhängige Impfinitiative „Geimpft – Geschützt – Sicher“ von Dr. Armin Fidler und Univ.-Prof. Dr. Ursula Wiedermann-Schmidt ins Leben gerufen. Der international erfahrene Gesundheits-

manager Dr. Armin Fidler beschreibt seinen Zugang zur Initiative so: „Ich war während meiner beruflichen Tätigkeiten auf vielen internationalen Veranstaltungen zum Thema Impfschutz. Dort wurde Österreich auf Landkarten zur länderübergreifenden Impfsituation oft als ‚blinder Fleck‘ dargestellt. Wir haben im internationalen Feld nicht gut ausgesehen. Impfschutz in Österreich liegt mir einfach am Herzen.“

„Der kontinuierliche Anstieg von Masern oder Keuchhusten, aber auch die jährlich hohe Anzahl an Influenza- und damit assoziierten Todesfällen zeigen, dass alle Anstrengungen nötig sind, um die Bevölkerung von der Notwendigkeit eines ausreichenden Impfschutzes zu überzeugen. Es reicht nicht, mit erhobenem Zeigefinger zu sagen, was getan werden muss. Man muss selbst mit gutem Beispiel vorangehen. Mit dem Ansteckbutton, der einen Antikörper als Symbol des Schutzes abbildet, setzt man ein Zeichen, das Sicherheit und Vertrauen vermittelt und das Gegenüber zur Überprüfung des eigenen Impfschutzes animiert“, erklärt Univ.-Prof. Dr. Wiedermann-Schmidt ihren Zugang zur unabhängigen Impfinitiative.

Impfschutz sichtbar machen

Der OECD-Bericht „Health at a Glance 2015“ ergab, dass Österreich bei der Impfquote gegen Masern hinter Ländern wie etwa Costa Rica, Chile und Mexiko platziert ist. „Betrachtet man die Situation in Österreich aus internationaler Perspektive, ist die Lage als kritisch zu bewerten. Schon heute erkranken immer mehr Menschen an Krankheiten, für die ein sicherer und kostengünstiger Impfschutz besteht. Dies führt zu individuellem Leid und hohen Kosten“, weist Dr. Armin Fidler auf die gesellschaftliche Bedeutung von Impfungen hin.

2015 kam es in Österreich laut AGES-Daten zu 309 Masernfällen (mehr als dreimal so viele wie in den Jahren zuvor). Auffällig ist, dass zusätzlich zu den Fällen bei Säuglingen und Kleinkindern große Impflücken bei Jugendlichen und Erwachsenen vorliegen. Eine ähnliche Tendenz zeigt sich bei der zunehmenden Zahl an Pertussisfällen

bei den Generationen 30+ oder der geringen Durchimpfungsrate gegen Influenza – sie liegt, gemessen an den jährlichen Apothekenabgabebeträgen, unter zehn Prozent. Der „Geimpft – Geschützt – Sicher“-Ansteckbutton für Gesundheitspersonal wurde vor Ort an alle ausgegeben, die signalisieren wollen, dass sie sich und ihre Mitmenschen schützen. „Wir hoffen, dass wir sehr viele Personen im Gesundheitswesen motivieren können, bei dieser Initiative mitzumachen und ihre wichtige Vorbildrolle wahrzunehmen“, so Univ.-Prof. Dr. Ursula Wiedermann-Schmidt.

Impfskepsis abbauen

Eine steigende Impfskepsis unterstreicht die kritische Situation in Österreich. Während eine Elternbefragung des Karl-Landsteiner-Instituts für pädiatrische Forschung und Fortbildung aus dem Jahr 2013 vier Prozent Impfgegner auswies, ergab die Gesundheitsbefragung des BMG aus dem Jahr 2014, dass neun Prozent der Kinder das kostenlose Impfprogramm nicht absolvierten. Der häufigste Ablehnungsgrund war, dass Eltern Impfen als „schädlich“ bewerteten. „Fällt der Impfschutz innerhalb einer Bevölkerung unter ein kritisches Niveau, ist er als Ganzes in Gefahr. Um dieser Problematik vorzubeugen, muss das Bewusstsein zum Impfschutz erhöht werden“, verweist Dr. Armin Fidler auf den sogenannten Herdenschutz. Eine Ursache für Impfmüdigkeit sieht er im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz: „Es gibt internationale Studien, etwa von der

WHO oder der OECD, die belegen, dass Österreich hinsichtlich Health Literacy im europäischen Feld ganz hinten platziert ist. 57 Prozent der Bevölkerung finden sich in der Kategorie des problematischen Gesundheitskompetenz-Niveaus wieder; in den Niederlanden sind es nur 29 Prozent.“

Eine Befragung des Sozial- und Organisationsforschungsinstituts GfK aus dem Jahr 2014 ergab, dass 64 Prozent der Bevölkerung Masern als nicht gefährliche/bedrohliche Erkrankung einstufen. Eine ähnliche Wahrnehmung sieht man bei Influenza. „Die meisten stufen Influenza als nicht gefährliche Erkrankung ein. Dabei wird übersehen – leider oft auch von Gesundheitspersonal –, dass man selbst bei milden oder subklinischen Verläufen Träger der Erreger ist und diese an andere weitergeben kann, die bei schlechter Abwehrlage, Komorbiditäten oder sehr jungem oder hohem Alter schwer erkranken können. Wir haben daher in der Publikation ‚Impfempfehlungen für Gesundheitspersonal‘ auf das Problem hingewiesen. Ein ausreichender Impfschutz gegen alle impfpräventablen Erkrankungen beim Gesundheitspersonal ist essenziell“, sagt Univ.-Prof. Dr. Wiedermann-Schmidt.

Gesundheitspersonal in der Verantwortung

Für Personen in Gesundheitsberufen besteht in Österreich keine Impfpflicht. Sowohl die Bioethikkommission des Bundeskanzleramtes als auch der Oberste Sanitätsrat (OSR) wollen zumindest eine

FOLGENDE ORGANISATIONEN UNTERSTÜTZEN „GEIMPT – GESCHÜTZT – SICHER“ (Stand 23. Februar)

- Institut für Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin der Medizinischen Universität Wien
- Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsges.m.b.H.
- Oberösterreichische Landesregierung
- AM Plus
- Ordination Dr. Erwin Rebhandl in Haslach

Unabhängige Impfinitiative im Rahmen des Österreichischen Impftages am 16. Jänner präsentiert

Wien (OTS) – Unter dem Motto „Geimpft – Geschützt – Sicher“ setzen sich Public Health-Experte Dr. Armin Fidler und Impfspezialist Univ.-Prof. Dr. Ursula Wiedermann-Schmidt, Professorin für Vakzinologie der Medizinischen Universität Wien, für Impfschutz ein. Ein Anstedelbatter macht Impfschutz bei Gesundheitspersonal sichtbar.

Im Österreichischen Impftag ist klar verankert, dass Schutzmaßnahmen zu den wirksamsten Vorkehrungsmaßnahmen gehören, welche der Medizin zur Verfügung stehen. Impfungen leisten im Regelfall zuverlässigen Schutz vor entsprechenden Erkrankungen. Vor dem Hintergrund steigender Krankheitsfälle, für die sichere und wirksame Impfungen zur Verfügung stehen und einer sinkenden Impfquote soll die Impfkampagne „Geimpft – Geschützt – Sicher“ von Dr. Armin Fidler und Prof. Dr. Ursula Wiedermann-Schmidt zur Bewusstseinsbildung beitragen. Sie soll von Personen die im Gesundheitsbereich tätig sind Health Care Worker getragen werden und mittels Verbreitung zur Verbesserung der Impfrate in Österreich beitragen.

Impfschutz sichtbar machen

„Bislang hat die Impfkampagne in Österreich aus internationaler Perspektive, ist sie liegt laut OECD-Bericht als einziges in der Welt. Mangelndes Problembewusstsein führt zu Nachlässigkeit. Schon heute erkranken immer mehr Menschen an Krankheiten, für die ein sicherer und kostengünstiger Impfschutz besteht. Dies führt – unabhängig von – zu individuellen und hohen Kosten“, weist der 25 Jahre im internationalen Gesundheitsmanagement tätige Dr. Armin Fidler auf die gesellschaftliche Bedeutung von Impfungen hin. Der OECD-Bericht „Health as a Global 2015“ weist, dass Österreich hinsichtlich der Impfrate gegen Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten hinter Ländern wie Indonesien und Kolumbien rangiert. Bei der Impfung gegen Masern parzelliert man sich zum Beispiel hinter Costa Rica, Chile und Mexiko.

Der eigene zur Initiative kreierte „Geimpft – Geschützt – Sicher“-Anstedelbatter macht Impfschutz sichtbar. Er zeigt neben dem Slogan einen Anstedelbatter durch den Schutz vermittelt wird und wurde vor Ort an alle Tagungsteilnehmer ausgeben. Die signalisieren wollen, dass sie sich und ihre Mitmenschen mittels Impfung schützen. „Sichtbar machen eines der zugänglichsten und dabei die sich selbst bezeichnen. Das sind die Kennzeichen der unabhängigen Impfinitiative zum Österreichischen Impftag. „Geimpft – Geschützt – Sicher“. Diese Anstedelbatter unterschreiben das Wesen des Themas. Wer sichtbar macht, gewinnt an Sicht, an Sicherheit und ist sicher. Für sich, aber auch für seine Mitmenschen“, erklärt Prof. Dr. Ursula Wiedermann-Schmidt ihren Zugang zur Initiative.

Impfschutz mittels Vorbildwirkung abbauen

Eine steigende Impfrate unterstreicht diese gesundheitspolitisch bedenkliche Situation in Österreich. Während eine Elternbefragung zu den Themen Impfen und Ernährungsmitteln im Kindergarten der Karl-Ludwig-Universität für präventive Forschung und Fortbildung aus dem Jahr 2013 4%, Impfgewinner in Österreich aus dem Jahr 2014 insgesamt 1% der österreichischen Kinder abdecken, das kostenfreie Impfprogramm nicht. Der häufigste Grund (60%) der Ablehnung des Programmes durch die Eltern der betroffenen Kinder war, dass sie Impfen als schädlich bewerteten.

„Für die Impfkampagne innerhalb einer Bevölkerung unter ein kritisches Niveau, ist es als Herausforderung. „Geimpft – Geschützt – Sicher“ – so lautet das Motto. Um dieser Problematik entgegenzuwirken, gibt es das Österreichische Impftage in Österreich zu erhöhen. In der Bevölkerung und bei all jenen, die im Gesundheitsbereich tätig sind. Die Impfkampagne zum Österreichischen Impftage leistet dazu einen wesentlichen und unabhängigen Beitrag“, unterstreicht Dr. Armin Fidler seine Beweggründe zum Start der Initiative.

Wie die Empfehlungen des Österreichischen Impftages einhalten, gibt es „Geimpft –

APA OTS-Pressmeldung vom 18. Jänner 2016

Einforderung des Immunstatus. Alarmierend bei den Masernfällen im Jahr 2015 war, dass 7,4 Prozent in Zusammenhang mit dem Gesundheitssystem stehen. Dies betrifft Patienten, die sich in Gesundheitseinrichtungen angesteckt haben, aber auch Gesundheitspersonal selbst, so Priv.-Doz. Mag. Dr. Maria Paulke-Korinek (BMG) in ihrem Vortrag.

Bei der Veranstaltung wurden die Vorgehensweisen bei Risikopersonen erläutert. Neben dem individualisierten Impfen stellt die Umgebungsprophylaxe einen zentralen Pfeiler des Infektionsschutzes dar. Besonders gefährdet sind Neugeborene und Säuglinge während der ersten zwei bis drei Lebensmonate, wie Univ.-Prof. Dr. Angelika Berger darlegte. Impfungen in der Schwangerschaft und ein geimpftes Umfeld vermindern die Gefährdung signifikant. Ähnliches gilt für Personen, die unter Biologikatherapien stehen. „Sie können Impfungen oft nicht erhalten und müssen auf einen ausreichenden Impfschutz aller Kontaktpersonen vertrauen“, machte Univ.-Prof. Dr. Wiedermann-Schmidt deutlich. „Es ist eine unmögliche Situation, wenn in einem Ambiente, in das Menschen ihre Kinder bringen, um gesund zu werden, vermeidbare Infektionen auftreten. Ich glaube, dass wir in den Gesundheitsberufen eine besondere Verantwortung zur Aufklärung haben“, appelliert Dr. Armin Fidler. ■



Dr. Christian MÜLLER-URLI

BioBox:
Dr. Armin Fidler, MPH, MSc., wurde 1958 in Innsbruck geboren. Nach Matura und Präsenzdienst absolvierte er das Medizinstudium an den Universitäten Innsbruck und Hamburg, schloss seine Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin am LKH Bregenz ab und graduierte in Masterprogrammen in Public Health sowie in Health Policy and Management an der Universität Harvard (USA). Nach Aufenthalt am US Center for Disease Control in Atlanta und vier Jahren bei der WHO stieg Fidler 1993 bei der Weltbank ein. Dort war er bis 2008 als Health Sector Manager tätig und war anschließend „Lead Advisor for Health, Policy and Strategy“. Fidler ist Adjunct Professor an der George Washington University in Washington DC, Senior Lecturer und Member of the Faculty am Management Center Innsbruck (MCI), derzeit Präsident der European Health Management Association (EHMA), Mitglied der American Public Health Association sowie der International Health Economics Association und darüber hinaus Programmbeirat der Alpacher Gesundheitsgespräche, im Vorstand des European Health Forums Gastein (EHFG).



Univ.-Prof. Dr. Ursula WIEDERMANN-SCHMIDT und Univ.-Prof. Dr. Peter HUSSLEIN



Univ.-Prof. Dr. Christoph ZIELINSKI



Univ.-Prof. Dr. Richard CREVENNA

BioBox:
Univ.-Prof. Dr. Ursula Wiedermann-Schmidt promovierte 1990 zum Dr. med. an der Universität Wien, absolvierte anschließend ein PhD-Studium in klinischer Immunologie, das sie 1995 mit Master of Science und Doctor of Philosophy an der Universität Göteborg, Schweden, abschloss. 1999 habilitierte sie zur Universitätsdozentin an der Universität Wien. Seit Jänner 2002 ist sie Fachärztin für Immunologie, seit Dezember 2003 Fachärztin für Spezifische Prophylaxe und Tropenhygiene. Seit Oktober 2004 ist Wiedermann-Schmidt die Leiterin des Instituts für Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin der Medizinischen Universität Wien. 2006 folgte die Berufung zur Professorin für Vakzinologie an der MedUniWien, Österreichs einzigem Lehrstuhl auf dem Gebiet des Impfwesens (Vakzinologie). Von 2005 bis 2010 war sie Mitglied des Impfausschusses des Obersten Sanitätsrats (OSR), seit 2011 ist sie Mitglied des OSR und Vorsitzende des Nationalen Impfgremiums des Gesundheitsministeriums. Sie hält eine Gastprofessur für Vakzinologie an der Universität Göteborg, ist Autorin von mehr als 115 wissenschaftlichen Publikationen in internationalen peer-reviewed Journalen und regelmäßig Vortragende auf nationalen und internationalen wissenschaftlichen Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen.

Allergien und deren Stellenwert für die Sozialversicherung

Unverträglichkeiten sind weltweit auf der Überholspur. Das hat Auswirkungen auf die einzelnen Gesundheitssysteme – insbesondere im Bereich der Sozialversicherung. Mag. Martin Schaffenrath, stellvertretender Vorsitzender im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, sprach mit uns über die immer wichtiger werdende Rolle von Unverträglichkeiten und darüber, wie man seitens der Sozialversicherung damit umgeht.

Von Maximilian Kunz, MAS, MBA



Univ.-Prof. Dr. Peter HUSSLEIN



Univ.-Prof. Dr. Ingomar MUTZ



Univ.-Prof. Dr. Werner ZENZ



Prof. Dr. Ulrich HEININGER



Univ.-Prof. Dr. Herwig KOLLARITSCH

PERISKOP: Wie würden Sie den Stellenwert von Allergien für die Sozialversicherung beschreiben?

Schaffenrath: Der weltweite Vormarsch von Allergien bedeutet, dass die Zahl der Allergiker global im Steigen ist. Was Österreich betrifft, geht aus dem Allergiebericht hervor, dass über 20 Prozent der Bevölkerung an allergischen Reaktionen wie beispielsweise juckender Haut oder triefenden Augen leiden. Das heißt, dass hierzulande rund 1,6 Millio-

nen Menschen von Allergien betroffen sind. Der Zahlenvergleich zeigt zudem, dass dies doppelt so viele Allergiker sind als im Jahr 1986. Die Zahl der Asthmatiker hat sich sogar um das 3,5-Fache erhöht. Wissenschaftlich wurde auch aufgezeigt, dass die Verursacher von Allergien sehr unterschiedlich sind. Allergieauslösende Substanzen können dabei unter anderem Pollen, Tiere, Hausstaubmilben, Nahrungsmittel, Schimmelpilze, Nickel u. v. m. sein. Allergien sind ein ernst zu nehmendes gesundheitliches Problem. Gerade deshalb werden sie im gesamten Gesundheitswesen – wie in der Forschung, in der medizinischen Ausbildung, in der Sozialmedizin und in den fachmedizinischen sowie allgemeinmedizinischen Wissenschaften und Anwendungsgebieten – immer mehr fokussiert. Allergische Erkrankungen bedeuten für die Betroffenen nicht nur eine Einschränkung der Lebensqualität, sondern gehen auch volkswirtschaftlich mit direkten und indirekten Kosten einher. Krankheitsbedingte Fehltag sind als direkte Kosten zu verstehen. Zu den indirekten Kosten zählen Behandlungskosten, aber auch solche, die dadurch entstehen, dass manche Berufe bei Vorliegen von allergischen Reaktionen nicht mehr ausgeübt werden können. Allergien stehen bereits an dritter Stelle bei den dringlichen Gesundheitsproblemen in Österreich.

P: Warum steigen Unverträglichkeiten in Häufigkeit und Umfang laufend an und was sind die Folgen?

Schaffenrath: Die Ursachen von Allergien sind schwer zu identifizieren und zu quantifizieren. Allergien können sich jederzeit entwickeln und jeden treffen, denn sie treten unabhängig von Alter und Geschlecht auf. Mit den Symptomen der Allergie sieht es jedoch anders aus, denn Allergien sind immer abhängig vom Ort, an dem die Allergene in den Körper eindringen. Befinden sich z. B. Allergene in der Luft, wie es bei Pollen der Fall ist, entstehen zuerst insbesondere Bindehautentzündungen in den Augen und Heuschnupfen. In späteren Stadien können Einschränkungen der Atemfunktion und Asthma bronchiale die Folge sein. Bei Allergien geht es um Überempfindlichkeitsreaktionen des menschlichen Körpers auf verschiedene Stoffe, die in der Umwelt vorhanden sind, und es handelt sich hierbei um ein mehr oder weniger intensives Zusammenwirken von körpereigenen und äußeren Ursachen. Jedoch spielt bei der Entstehung von Allergien auch die Vererbung eine Rolle. Wenn Verwandte ersten Grades an allergischen Symptomen leiden, ist das Risiko für die Nachkommen, eine Allergie zu bekommen, sicherlich größer. Es wird aber keine bestimmte Allergie weitervererbt. Es steigt das Risiko, möglicherweise eine Allergie zu bekommen. Dabei entstehen Leiden, von denen viele Menschen betroffen sind. Eine der Ursachen, die wissenschaftlich belegt ist, ist das Rauchen. Vielen ist gar nicht bewusst, dass durch aktives und passives Rauchen das Risiko für eine Allergieerkrankung und für Asthma bronchiale erhöht wird. Hier ist das Gesundheitssystem mit Informations- und Aufklärungskampagnen gefordert, die dem jeweiligen Zeitegeist entsprechen. Eine weitere Erklärung für den Vormarsch von

Allergien ist die so genannte „Umwelt- bzw. Bauernhofhypothese“, die in wissenschaftlichen Studien auch als „Schmutzhypothese“ bezeichnet wird. Hier wurde herausgefunden, dass Kinder, die in ihren ersten Lebensjahren vermehrt mit verschiedenen Krankheitserregern, Bakterien, Viren und Pilzen in Berührung gekommen sind, in späteren Lebensjahren wesentlich weniger allergische Reaktionen aufweisen als jene, die sich sozusagen in einer sterilen bzw. cleanen Umgebung befanden.

P: Was kann man aus Sicht der Sozialversicherung dagegen tun?

Schaffenrath: Bei Allergien ist die sozialversicherungstechnische Komponente ein wichtiger Fakt. Es geht um Allergieprävention, Allergiediagnostik und Allergietherapie bzw. Allergiebehandlung. Jährlich beginnen in etwa 15.000 Österreicher mit einer spezifischen Immuntherapie. Besonders in der Immuntherapie läuft die Forschung auf Hochtouren, damit effektivere Therapiemaßnahmen entwickelt werden können. In der Realität gibt es jedoch auch den Umstand, dass Allergien häufig nicht rechtzeitig erkannt, zu spät diagnostiziert und dadurch teilweise nicht adäquat behandelt werden können. Therapiemaßnahmen verbessern die allgemeine Situation von Allergikern. Im Alltag ist für Allergiker allerdings mehr als eine medikamentöse Hilfe und Unterstützung angesagt. Es geht darum zu lernen, wie das Leben (sowohl privat als auch beruflich) trotz Allergie erfolgreich gemeistert werden kann. Jahreszeitlich aktuell beginnt jetzt wieder eine beschwerte Zeit für Pollenallergiker. Durch die Symptombehandlung wie die lokale Therapie der Augen und der Atemwege und die Behandlung mit Antihistaminika werden die Beschwerden gelindert. Für die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist die einzige anerkannte Behandlung der Allergie die Hyposensibilisierung. Nach den Empfehlungen der WHO soll jeder Arztkontakt dazu genutzt werden zu prüfen, ob empfohlene Impfungen durchgeführt worden sind, bzw., wenn notwendig, bestimmte Impfungen nachzuholen. Besonders die neue Primärvorsorge könnte hier eine wesentliche Hilfestellung für die Patienten bringen. Um die Tätigkeit für die behandelnden Ärzte zu erleichtern und dem Patienten größtmögliche Transparenz über seine eigenen Gesundheitsdaten zu ermöglichen, sollten wir auch hier die neuen Technologien im Zuge weiterer Überlegungen miteinbeziehen. Beispielsweise wäre hier meines Erachtens ein E-Impfpass für Patienten und Ärzte eine sehr gute Hilfestellung. ■

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 Tirol Kliniken GmbH. Im Jahr 2002 übernahm er die Funktion als Kammerat 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 Verbandsvorstands im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.



MAG. MARTIN SCHAFFENRATH
 HVB-Vorsitzender-Stv.



periskop

STANDPUNKTE. DIALOGE. KONSENS.
Die neutrale Plattform zum offenen Meinungs­austausch.



Unsere Leser geben den Ton an.

Entscheidungs­träger aus Gesundheit,
Gesellschaft und Politik hören Ihnen zu.



Die Krebs-Industrie: Wie eine Krankheit Deutschland erobert

KARL LAUTERBACH
Rowohlt Verlag, UVP: EUR 19,95, 288 Seiten
ISBN: 978-3-87134-798-6



► Buchrezension

Krebs wird in den nächsten Jahren zu einer unserer größten Herausforderungen – menschlich wie gesundheitspolitisch. Fast jeder zweite Deutsche

wird im Alter betroffen sein, Wissenschaftler gehen von 40 Prozent mehr Krebsfällen bis 2030 aus. Dennoch herrscht bei dieser Volkskrankheit enorme Unaufgeklärtheit – von der viele profitieren: der graue Markt für obskure Mittel, die Krankenhäuser mit ihrer lukrativen Vorsorgepraxis und die Pharmaindustrie, für die Krebsmedikamente, deren Preise sie selbst festlegt, der größte Wachstumszweig sind. Karl Lauterbach, Mediziner und Politiker, deckt auf, was im Gesundheitssystem schiefläuft: die ungerechte Zweiklassenmedizin gerade bei Krebs, die falschen finanziellen Anreize für die Kliniken und die Pharmaindustrie, mangelnde Transparenz, was Behandlungserfolge und -methoden betrifft. Zugleich weist Lauterbach auf zahlreiche Krebsmythen

hin, erklärt, welche Früherkennungen sinnvoll sind, was das Risiko wirklich erhöht oder verringert. Und er zeigt, was geschehen muss, damit die Pharmaindustrie ihre Forschung wieder in den Dienst des Patienten statt nur des Profits stellt. Ein wichtiges, provokantes Buch, das eine längst fällige Debatte anstößt. ■

Im Würgegriff der Industrie...? Zur Sache:



In diesem Fall – konkret – zu den wichtigsten Thesen des aktuellen Buches des SPD-Gesundheitsexperten Karl Lauterbach. Und derer gibt es zahlreiche ...

So ist etwa zu lesen, dass Deutschland vor einer Krebs­epidemie steht und von der Babyboomer-Generation gar jeder Zweite an Krebs erkranken wird. Demnach wird eine krebsfreie Familie in Zukunft eher die Ausnahme sein. Der Hauptgrund dafür wird in der hohen Lebenserwartung gesehen. Mit dieser These geht auch eine Kostenlawine einher; einerseits wegen der indirekten Kosten von Krebs (Arbeitsausfälle etc.), andererseits wegen der zunehmenden Therapiekosten. Ein weiterer Grund für die Zunahme der Kosten in Zusammenhang mit der Behandlung von Krebs wird darin gesehen, dass andere Krankheiten besser behandelt werden können. Die Logik dahinter: Nur wer einen Herzinfarkt überlebt, kann Krebs bekommen. Während das Wissen um Krebs stark gestiegen ist, ortet Lauterbach nur bescheidenen Fortschritt – etwa bei der nur geringfügig gestiegenen Lebenserwartung beim Bauchspeicheldrüsenkrebs. Insgesamt erfüllen unterm Strich weder die Tyrosinkinaseinhibitoren noch die Antikörper die in sie gesetzte Hoffnung – die hohen Kosten sieht er vor dem Hintergrund der Ergebnis-

se als problematisch. Demnach wird in den nächsten Jahren eine regelrechte Krebsindustrie entstehen, die ebenso notwendig ist, wie sie auch anfällig für Manipulation und Korruption sein wird, so Lauterbach. Sie ist das Ergebnis einer strategischen Kehrtwende der pharmazeutischen Industrie von den Herz-Kreislauf-Erkrankungen hin zur Onkologie, die Grundlagenforschung vernachlässigt, mit dem Ziel, „schnell neue, gezielte Therapien zu entwickeln“.

Das Fazit Lauterbachs aus den vergangenen 30 Jahren Krebsforschung: Es sind immer schnellere Fortschritte zu beobachten: „Somit kündigt sich die teuerste, aber medizinisch auch spannendste Phase der Krebstherapie an: die Krebsindustrie hat der SPD-Politiker vor allem die Pharmaindustrie als Schuldigen ausgemacht. So stehen etwa die hohen Preise in keinem Verhältnis zu ihrem Nutzen und die hohen Forschungskosten als Begründung dafür seien in Wahrheit gar nicht so hoch wie behauptet. Die Gesamtausgaben für Krebs werden wie folgt gegliedert: 40 Prozent entfallen auf die medizinische Behandlung. Die Hälfte davon sind Krankenhauskosten, ein Viertel Arzneimittelkosten, der Rest wird für

ambulante und Notfallversorgung aufgewendet. 60 Prozent der Krebskosten entstehen durch Produktivitätsverluste.

Auch die Politik sieht Lauterbach gefordert; die Struktur der Krebsbehandlung stehe vor einer dreifachen Herausforderung: Regional stehen immer weniger Ärzte und Pflegekräfte zur Verfügung, die Zahl der Fälle steigt, die Behandlung wird immer komplizierter und teurer. Um sich aus dem „Würgegriff der Industrie“ befreien zu können, stellt Lauterbach klare Forderungen auf.

Gerade in der Behandlung von Krebspatienten erwartet Lauterbach die Entwicklung einer Zweiklassenmedizin: Schon weil die Behandlungen immer komplexer werden, müssen sie zunehmend von hochspezialisierten Zentren durchgeführt werden. Er erwartet, dass nur Privatversicherte dazu einen gesicherten Zugang haben werden – und fordert deshalb die Einführung einer Bürgerversicherung.

Für besser und transparenter hält er das Arbeiten mit Kosten-Nutzen-Relationen, in dem Kosten pro Lebensjahr mit guter Lebensqualität (QALY) berechnet würden. Problematisch sei aber, dass die Selbstverwaltung einen Schwellenbetrag festsetzen muss-

te, der aber nicht mehr bezahlt werden würde. Lauterbach hält das nicht für politisch durchsetzbar. Der stellvertretende Vorsitzende der SPD-Fraktion im Bundestag fordert höhere Anforderungen an die Zulassung von gezielten Therapien. Er lehnt die beschleunigten Verfahren ab und fordert größere Patientenpopulationen. Lauterbach wagt die Prognose, dass die meisten der heute tödlich verlaufenden Krebserkrankungen in den kommenden Jahrzehnten geheilt oder zumindest kontrolliert werden können.

Übrigens wird es im Rahmen von PRAEVENIRE, einem neuartigen Gesundheitsforum, das von 13. bis 16. April im niederösterreichischen Seitenstetten stattfindet, eine offene Diskussion zwischen Mag. Jan Pazourek, Generaldirektor der NÖGKK, und Mag. Klaus Schuster, Market-Access-Direktor bei Roche, zum Thema geben. Bleiben Sie gespannt!

Herzlichst,
Ihr Nestor

Nestor

PERISK

PINION

Leader

Je mehr Zahlen, desto mehr Herz

Der Big Data-Experte Prof. Dr. Reinhard Riedl hat sich mit Univ.-Prof. Dr. Christian Singer getroffen, um einen offenen Dialog über die Bedeutung von Big Data in der praktischen Medizin zu führen. Große Datenmengen, deren Analyse und Anwendung erlangt in der angewandten Medizin immer höheren Stellenwert. Damit es bei der Suche nach Ursachen und Lösungen jedoch nicht zu einem „Fischen im Trüben“ kommt, ist die Zusammenarbeit von Experten verschiedener Sparten wichtiger denn je. In diesem Zusammenhang darf auch die soziale Komponente nicht vergessen werden, die eine Zusammenarbeit domänenübergreifend erleichtert.

Von Mag. Fabian Frühstück, Bakk. phil.

CS Gerade im Feld der Molekularbiologie und der Genetik werden wir zum Teil von einer Vielzahl von mehr oder weniger relevanten Daten geradezu überschüttet. Oft haben klinisch tätige Ärzte dann aber nicht die speziell dafür notwendige Expertise und Ausbildung, um diese Informationen richtig auszuwerten. Aus diesem Grund kommen dann sinnhafterweise Biomathematiker ins Spiel, die Rohdaten durch Reduktion und therapierelevante Algorithmen in eine klinisch interpretierbare Form bringen.

RR Welche Fragen aus der Medizin erhofft man sich generell durch Big Data beantworten zu lassen?

CS Das Stichwort – oder besser das Motto – lautet „personalisierte Medizin“. In diese Richtung soll und muss sich die Medizin entwickeln, um einerseits eine auf die Patientin bzw. den Patienten zugeschnittene effektive und möglichst nebenwirkungssarme Behandlungsoption anbieten zu können und andererseits auch den ökonomischen Limitierungen unseres Gesundheitssystems gerecht zu werden. Es ist beispielsweise extrem wichtig, dass man mehr über die genomische Charakteristik eines Tumors herausfindet, um nur jene „Veränderungen“ therapeutisch zu adressieren, die auch tatsächlich eine krankheitsrelevante Bedeutung haben. Heute können wir nicht nur eine Vielzahl an Genen, sondern auch epigenetische Alterationen und Metabolomsignaturen rasch analysieren, das wäre vor zehn Jahren in dieser Quantität undenkbar gewesen. Natürlich ist bei so viel Information auch viel „Trash“ dabei, also Muster ohne klinische Relevanz. Dennoch gelingt es uns zunehmend besser, eben durch den Einsatz von großen Datenmengen in Verbindung mit klinischem Outcome eine Art Signatur-Set zu identifizieren. Prognostisch gesehen sind Gensignaturen und epigenetische Daten, welche durch Big Data gewonnen werden, von zunehmender Bedeutung. Die derzeit eingesetzten und bereits kommerziell ver-

fugbaren Algorithmen sind erst ein kleiner Einblick in das, was da in den nächsten Jahren auf uns zukommt. Leider fehlen uns oft noch die richtigen Werkzeuge, auch wenn wir eine potenziell interessante Information haben. Aber wir beginnen zu verstehen, dass Tumore oft außerordentlich heterogen sind und wir Subgruppen, die wir vorher schwer unterscheiden konnten, jetzt mithilfe der Daten in kleinere, zunehmend therapierelevante Subgruppen gliedern können. So kann Krebs in Zukunft nachhaltiger und effektiver behandelt werden.

RR Nach meiner Idee von personalisierter Therapie werden dafür die Therapieerfahrungen mit Patienten mit der gleichen Diagnose und ähnlichem Genom herangezogen, um abzuschätzen zu können, welche Therapien die größten Erfolgschancen bieten. Kann man sich das in etwa so vorstellen?

CS Das ist ein gutes Beispiel. Man kann diese Überlegung noch weiter strecken, für den Bereich des Brustkrebses beispielsweise. Wenn wir uns hier die evolutionsspezifischen Unterschiede der Menschen genauer anschauen, können wir dann durch die gewonnenen Daten der Pharmakokinetik Informationen über die europäische Frau auf asiatische Frauen anwenden? Warum wirken manche Stoffe bei gewissen Populationen und warum bei anderen nicht? Warum treten bei manchen Frauen bestimmte Nebenwirkungen auf und bei anderen nicht? In diesem Bereich kann noch viel geforscht werden.

RR Wenn wir uns diese Visionen vor Augen halten, von welchem Zeithorizont sprechen wir dann?

CS Wir haben den Fuß in der Tür. Ich denke, jetzt ist es wichtig, Signaturen, die auf Big Data basieren, tatsächlich breit einzusetzen. Ich glaube, dass es in zehn Jahren selbstverständlich sein wird, einen Tumor komplett zu sequenzieren und sein Metabolom zu charakterisieren. Und dieses Wissen,

BIG DATA

Univ.-Prof. Dr. Christian Singer

Prof. Dr. Reinhard Riedl

gepaart mit einer leistungsfähigen Bioinformatik, wird uns helfen, die jeweilige Achilferse des Krebses zu beschreiben – und hoffentlich auch zu behandeln.

RR Spielt sich dieser angestrebte Fortschritt nur auf der Ebene des Genoms oder des menschlichen Metabolismus ab oder können auch Daten über den persönlichen Lebensstil in Zukunft genutzt werden?

CS Hinweg über alle genomischen Analysen kann klar gesagt werden, dass Menschen, die nicht rauchen, sich gesund ernähren und Sport treiben, einen besseren Outcome vorweisen. Das ist einfach so, und das wissen wir auch ohne Big Data. Güter Lebensstil, guter Outcome. Aber Lebensstil reflektiert sich eben auch im Metabolom und die Zuordnung vom Lebensstil zum Organismus ist deutlich komplexer. Ethische, sozioökonomische, genetische und andere Lifestylefaktoren lassen sich oft nur schwer beschreiben und ineinander übergehende Gruppen brauchen große Datenmengen. Also wieder eine Domäne von Big Data. Die Analysen sind hier allerdings ein wenig aufwändiger, weil die Untersuchungen und Datensätze einfach um so vieles komplexer sind.

RR Big Data ist auch ein weites Feld. Ich nenne beispielsweise die Spielform des explorativen Data Minings immer ein „Fischen im Trüben“, weil man nach Mustern sucht, deren Gestalt unbekannt ist. Selbst wenn die gefunden werden, werden sie oft nicht verstanden. Oder aber es werden Muster gesehen, die es so gar nicht gibt. Es gibt zwar einige interessante neue Technologien wie Linked Data. Die helfen, aber gerade bei den besonders vielversprechenden Werkzeugen haben wir noch nicht genügend Maturität erreicht, um sie in der Praxis effizient einsetzen zu können. Dazu kommt, dass oft schlicht nicht genügend Daten vorhanden sind, um Big-Data-Methoden anzuwenden. Es ist eine Illusion, dass man in der Praxis aus dem Vollen schöpfen kann.

CS Das ist so. Gerade wenn wir in Abwesenheit von validen Hypothesen Data Mining betreiben, wenden wir oft einen

Bottom-up-Ansatz an, bei dem vergleichbare genomische Muster gemeinsam clustern. Die Technik birgt inhärent die Gefahr eines Überangleichens von gewonnenen Daten in sich. Um die Alltagsstauglichkeit einer Signatur zu testen, muss diese daher in einem unabhängigen Kollektiv validiert werden. Dafür braucht man wieder Daten von weiteren Individuen. Und wer sagt mir, dass beispielsweise ein Genmuster, das bei asiatischen Männern erhoben wurde, auch bei südamerikanischen Frauen hilfreich ist? BRCA 1 und 2 haben uns gelehrt, eine holistischere Sichtweise einzunehmen: Das BRCA-Polymorphismusbild von Betroffenen erlaubt uns bereits jetzt eine grobe geografische Zuordnung, und das bei gerade einmal zwei untersuchten Genen. Um genomische Muster in großem Maßstab generieren zu können, braucht es einfach eine unglaublich hohe Zahl von Daten, aber auch oft eine unglaublich hohe Zahl von untersuchten Menschen. Uns fehlt derzeit einfach das Geld, um Big Data besser einsetzen zu können. Und ich vermag auch nicht zu erkennen, dass sich daran in Österreich in nächster Zeit viel verändern wird. Andere Länder sind da deutlich weiter. Big Data bedeutet „Big Money“. Analysen werden zwar immer billiger und einfacher, aber die Breite und die Vergleichbarkeit fehlen uns. Außerdem haben wir oft mit sehr individuellen personalisierten Verhältnissen zu tun. Es gibt sehr seltene Tumore. In Österreich gibt es hier wenig oder keine zu vergleichenden Patienten. Ein wichtiger Schritt wäre es, international Datenbanken zur Verfügung zu stellen und auch zu vernetzen, um auf Rohdaten zugreifen zu können.

RR Grundsätzlich sind also die Daten, die in den USA, Europa oder in Österreich erhoben werden, kompatibel, so dass man sie mit einer internationalen Datenbank gut zusammenführen könnte?

CS Wenn Daten zugänglich, anonymisiert oder pseudoanonymisiert zur Verfügung gestellt werden würden, wären sie auf der Ebene der Sequenzierung und der Epigenetik durchaus vergleichbar. Viel von dem, was wir über den erblichen Brust- und Eierstockkrebs wissen, wurde durch das Einbringen in große

multinationale wissenschaftliche Konsortialstudien generiert. So kann man sich auf bereits erhobene Daten stützen und diese in Vergleichsanalysen einbinden. Pharmafirmen machen das in großem Stil schon länger so, wenn es um die Entwicklungen von Medikamenten geht. Diese Unternehmen wollen nicht nur in Asien ein bestimmtes Produkt verkaufen, sondern natürlich auch in Amerika oder in Europa. Daher muss bereits früh feststehen, ob beispielsweise die Pharmakokinetik – etwa bei Personen unterschiedlichen Alters oder unterschiedlicher Rasse – vergleichbar ist. Bei der Krebsforschung haben wir zum Beispiel evolutionäre Unterschiede lange außer Acht gelassen. Heute wissen wir, dass Krebsformen, die beispielsweise bei Japanern häufig auftreten, bei uns kaum relevant sind und umgekehrt. Der persönliche Lebensstil eines Menschen, aber auch die Einflüsse aus der jeweiligen Umwelt spielen selbstverständlich auch immer eine große Rolle.

RR Die evolutionsspezifischen Unterschiede sind selbstverständlich von großer Bedeutung. Sie haben den Lebensstil als Faktor genannt. Inwiefern spielt der persönliche Lebensstil eine Rolle in der Krebsforschung?

CS Der Lebensstil ist durchaus von großer Relevanz! Wir haben kürzlich eine Studie veröffentlicht, die zeigt, dass Frauen mit BRCA-Keimbahnmutationen, die nach 1965 geboren sind, häufiger rauchen, später Kinder bekommen und öfter übergewichtig sind, im Vergleich zu Frauen, die vor 1965 zur Welt kamen. Das sind Risikofaktoren für Brustkrebs. Die untersuchten Frauen aus der Gruppe der nach 1965 geborenen Frauen erkrankten bis zu acht Jahre früher. Das macht der Lebensstil aus. Das ist, was die Umwelt mit uns macht und wir mit unserer Umwelt.

RR Wäre in diesem Zusammenhang nicht auch eine individualisierbare, personalisierte Aufklärung von großer Bedeutung? Wenn jemand beispielsweise wüsste, dass durch die genetischen Voraussetzungen die Gefährdung durch eine bestimmte Krebsform besteht, dann wäre die Anleitung zu oder besser die Warnung vor einem gewissen Lebensstil sehr relevant.

CS Natürlich. In großen Kohortenstudien ist das ein wichtiger Aspekt. Im Bereich von Krankheitsvorsorge ist Big Data von potenziell enormer Wichtigkeit. Speziell wenn es um Details, um sehr kleine Unterschiede geht, dann werden diese erst durch

große Datenmengen erkennbar. Das Dilemma daran – wie generell bei Big Data – ist, dass wir viel an Informationen haben, die uns keinen großen klinischen Nutzen bringen. Was bringt mir beispielsweise die Information, dass ich ein um 1,17-fach erhöhtes Risiko habe, an multipler Sklerose zu erkranken? Die Frage nach der Relevanz bei diesen Mengen an Daten ist ohne kompetente Aufarbeitung sehr schwierig.

RR Gibt es denn bereits Ausbildungen, die Forscher in der Medizin auf Big Data vorbereiten, damit die Thematik in Zukunft besser verstanden und umgesetzt werden kann?

CS Es gibt eigene Lehrstühle und Ausbildungen für Biomathematiker. Wir in der Klinik haben leider sehr wenig Erfahrung mit dieser Materie. Man kann behaupten, dass durch die unglaublich raschen Entwicklungen in der molekularen Medizin eine große Lücke zur Klinik entstanden ist. In der Vergangenheit wurden Elemente, die in der Vorklinik behandelt wurden, auch in der Klinik umgesetzt. Heute ist das nicht mehr möglich. Translationale Forschung bedeutet, diese Aspekte der vorklinischen Ideen mit dem „medical need“ der Klinik zu verbinden und anzuwenden. Dazu muss man jedoch beide

Seiten kennen. Für einen Kliniker hört sich Big Data vielleicht kompliziert und abschreckend an. Es müssten zuerst die vielen Möglichkeiten aufgezeigt werden. Der Vorkliniker hat diese Informationen und kennt die Möglichkeiten, weiß aber nicht, wie er sie einsetzen soll. Hier muss Kommunikation stattfinden. Eine Lösung wäre ein Tutorienprogramm für Kliniker und Vorkliniker, um eben diesen Informations-Gap zu schließen.

RR Sie sprechen das Thema „Domänenwissen für Mathematiker“ an. Meiner Meinung nach wäre es viel effektiver, wenn man beispielsweise einem Mediziner mathematisches und technisches „Werkzeugwissen“ beibringen könnte. Ich finde, hier wird oft nur in eine Richtung weitergebildet.

CS Ja, in unserer Klinik werden PhD-Studiengänge eingeführt. Da wird es einem Mediziner ermöglicht, sich ein Jahr lang mit der Vorklinik auseinanderzusetzen. Er darf in dieser Zeit nicht klinisch arbeiten. So kann er diese Seite kennenlernen. Und diesen Weg so zu gehen ist ganz spannend. Ein PhD-Programm in translationeller Medizin oder in

Bioinformatik ist meiner Meinung nach ein sehr guter Ansatz in die richtige Richtung.

RR Wird dort dann auch hands-on mit Big Data gearbeitet? Wie kann man sich die Praxis vorstellen?

CS In der Praxis wünscht man sich ein Tool, in das das Blut „hineingeschüttet“ wird. Und unten soll ein fertiges Kochrezept für die Behandlung herauskommen. In Wirklichkeit erhält man einen Ausdruck mit sehr vielen Daten und Zahlen. Es übersteigt dann häufig die Kompetenz eines Kliniklers, diese zu analysieren und für klinische Zwecke umzusetzen. Als klassisch ausgebildetem Molekularbiologen fehlt einem dafür wieder das klinische Know-how. In der Praxis wird das Ergebnis einem Biomathematiker gezeigt. Nur die Trias Molekularbiologie, Biomathematiker und Kliniker bringt den Erfolg. Und das wird in Österreich nur von einer Handvoll von universitären Instituten praktiziert.

RR Der Biomathematiker ist also in dieses Team integriert?

CS Ja, das Problem liegt hier auch wieder in der Kommunikation und der Fachspezifität. Wir sprechen nicht die gleiche

Sprache. Deswegen müsste man eine Spezialisierung fordern, aber auch dass beispielsweise der Biomathematiker einen klinischen Zugang zum Thema hat. Und dann gibt es einen weiteren Grund, warum sich Biomathematiker selten in der medizinischen Forschung anzutreffen sind: Es gibt einfach zu wenige mit einer entsprechenden Ausbildung. Und universitäre Forschung zahlt auch weniger als die Privatwirtschaft.

RR Sie sprechen das Thema „Domänenwissen für Mathematiker“ an. Meiner Meinung nach wäre es viel effektiver, wenn man beispielsweise einem Mediziner mathematisches und technisches „Werkzeugwissen“ beibringen könnte. Ich finde, hier wird oft nur in eine Richtung weitergebildet.

CS Das ist sicher ein guter Punkt. Ich glaube aber, dass die Biomathematik und die Analyse daraus so komplex geworden sind, dass ich nicht weiß, ob man das einem Hu-

mangenetiker oder einem onkologisch tätigen Facharzt zumuten könnte. Hier spielt eben wieder das Kommunikationsproblem eine entscheidende Rolle. Und da sind wir noch nicht einmal in der Klinik angekommen. Diese Kreise sollte man schließen und zusammenführen. Man muss von einem Biomathematiker verlangen können, sich mit einer Thematik auseinanderzusetzen, um dann lösungsorientierter an einem Problem mitzuarbeiten. Das Gegengleiche gilt natürlich auch für den Kliniker. Sonst kann dies schnell zu einer Einbahnstraße werden.

RR Was Sie hier skizzieren, ist eines der großen klassischen Probleme der Informatik an sich. Informatik sollte eigentlich ein „Enabler“ für die Anwender werden. Wenn man jedoch nicht weiß, was technisch alles möglich ist, kommt man nicht weiter. Es sollte also auf Augenhöhe zusammengearbeitet werden. Biomathematiker, Informatiker und Domänenspezialisten aus der Klinik beispielsweise. Nur wenn diese Institutionen auf Augenhöhe arbeiten, kann maximaler Output generiert werden. Sobald man die Sprache des anderen spricht, wird die Beziehung wesentlich besser. Denken Sie, dass Big Data jemals in der Arbeit eines niedergelassenen Arztes eine Rolle spielen wird oder reden wir hier nur von Spezialisten in einem Krankenhaus?

CS Am Ende des Tages werden der Arzt und vor allem der Patient davon profitieren. Aufgrund der Komplexität und der persönlichen Weiterbildung im eigenen Fachbereich wird dieser Prozess jedoch noch dauern. Wenn man sich den schnellen Wandel und die Menge an laufend neuer Literatur in der Medizin ansieht, ist der Arzt in seiner Domäne bereits immer auf Weiterbildung. Da noch einen „Sidestep“ zu machen wird zunehmend schwierig. Ich sehe hier nicht die Aufgabe beim einzelnen Kliniker, eher auf der Ebene der Universitäten im Blick auf die Zukunft. Die moderne Forschung benötigt nicht nur Spezialisten in einem kleinen Bereich, auch soziale Skills gewinnen mehr und mehr an Bedeutung.

RR Zusammenfassend können wir also festhalten, dass durch Big Data die Komplexität stark wächst und deshalb die interdisziplinäre Zusammenarbeit sehr an Bedeutung gewinnt. Die soziale Fähigkeit zur interdisziplinären Vernetzung wird zu einem entscheidenden Faktor für die erfolgreiche Nutzung von Big Data.

Big Data bedeutet „Big Money“.

Nur wenn diese Institutionen auf Augenhöhe arbeiten, kann maximaler Output generiert werden.



Univ.-Prof. Dr. Christian Singer studierte Medizin an der Universität Innsbruck und der Universität Wien. Anschließend folgte ein Studium der Gesundheitswissenschaften an der Harvard-Universität in Boston. 2003 schloss Dr. Singer die Facharztausbildung ab, welche er an den Universitäten Wien und München absolvierte. Mehrjährige Forschungsaufenthalte an der Universität Löwen (Belgien) und an der Georgetown University folgten vor der Habilitation im Jahr 2002. Derzeit arbeitet Univ.-Prof. Dr. Christian Singer als Leiter des Zentrums für erblichen Brust- und Eierstockkrebs am AKH Wien. Er hat die Professur für Klinisch-translationelle Gynäkologische Onkologie an der Medizinischen Universität Wien inne. Zudem ist Singer stellvertretender Leiter des Brustgesundheitszentrums Wien und Leiter des Zentrums für Familiären Brust- und Eierstockkrebs.

Prof. Dr. Reinhard Riedl studierte Technik an der Universität Linz und promovierte in Mathematik an der Universität Zürich. Er hatte Vertretungsprofessuren für Hochleistungsrechnen (Universität Rostock) und für Verteilte Systeme (Universität Zürich) inne, ehe er 2006 eine Forschungsprofessur für E-Government an der Berner Fachhochschule (BFH) übernahm. Seit 2014 ist er wissenschaftlicher Leiter des Fachbereichs Wirtschaft der BFH. Seit 2015 ist er Leiter des BFH-Zentrums „Digitale Gesellschaft“ und Mitglied des Steuerungsausschusses des Nationalen Schweizer Forschungsprogramms Big Data (2016 – 2022).

GEORG: OnkoReha interdisziplinär & multiprofessionell 2016

Die Gesellschaft zur Erforschung onkologischer rehabilitativer Grundlagen (GEORG) ist ein gemeinnütziger, länderübergreifend wirkender Verein mit der Zielsetzung, die Themen onkologische Rehabilitation sowie Nebenwirkungsmanagement und supportive Therapien in Wissenschaft, klinischer Praxis und Lehre zu forcieren – und dies interdisziplinär und multiprofessionell. In diesem Kontext fand am 22. Jänner der erste GEORG-Kongress unter dem Motto „OnkoReha interdisziplinär & multiprofessionell 2016“ statt. Das PERISKOP sprach mit Vereinspräsident Univ.-Prof. Dr. Richard Crevenna – dies gemeinsam mit Univ.-Prof. Dr. Christoph Wilttschke – von der MedUni Wien über onkologische Rehabilitation in Österreich, die Vereinsziele und den ersten GEORG-Kongress.

Von Maximilian Kunz, MAS, MBA

PERISKOP: Wie steht es um die onkologische Rehabilitation in Österreich?

Crevenna: Hierzulande ist seit einigen Jahren das Angebot der stationären onkologischen Rehabilitation etabliert. Der typische Patient für eine stationäre onkologische Rehabilitation kommt innerhalb von fünf Jahren seit der Erstdiagnose und hat, zumindest vorerst, abgeschlossene onkologische Therapien sowie ein gutes Rehabilitationspotenzial, eine gute Rehabilitationsfähigkeit und eine gute Rehabilitationsprognose. Entsprechend seinen Funktionsdefiziten – physisch, mental, sozial – werden individuelle Ziele definiert und umgesetzt. Die Module der onkologischen Rehabilitation sind die physikalische Medizin und Rehabilitation, und hier vor allem die medizinische Trainings-therapie. Weitere Module sind die Diätologie und Ernährungstherapie sowie die Psychoonkologie. Den vierten Part stellt die Information der Patienten dar, welche v.a. die Nachhaltigkeit

der Maßnahmen sichern soll. Die stationäre onkologische Rehabilitation in Österreich entwickelt sich sehr zufriedenstellend, wie auch der Kongress im Jänner 2016 zeigen konnte. Anders die ambulante onkologische Reha, die in Österreich bisher kaum existiert. Doch auch diese werden wir brauchen. Gewisse Menschen mit bestimmten Lebenssituationen – denken Sie etwa an Eltern mit Kindern oder Unternehmer im KMU-Bereich – würden davon enorm profitieren.

P: Wie ist die Geschichte von GEORG und wie kam es zur Gründung des Vereins?

Crevenna: Schon die ÖARP, quasi eine Vorgängervereinigung von GEORG, hatte das Ziel, Bewusstsein gegenüber der onkologischen Reha in Österreich zu schaffen und organisierte entsprechende Kongresse. Viele Argumente sprachen schließlich für die Gründung von GEORG. Zielsetzung des Vorstands war es hier von Anfang

„Das starke Commitment der mitwirkenden Akteure zeigt uns, wie wichtig unsere Anliegen sind.“

UNIV.-PROF. DR. RICHARD CREVENNA
Vereinspräsident Gesellschaft zur
Erforschung onkologischer rehabilitativer
Grundlagen (GEORG)



an, den Verein möglichst landesweit zu organisieren. Das kommt auch in der Zusammensetzung des Vorstands wie des wissenschaftlichen Beirats zum Ausdruck. Hier ist es gelungen, einige der wichtigsten Meinungsbildner Österreichs, darunter etwa Univ.-Prof. Dr. Christoph Zielinski, Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant, Univ.-Prof. Dr. Christine Marosi, Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Geissler, Univ.-Prof. Dr. Heinz Kölbl, Univ.-Prof. Dr. Richard Pötter, Univ.-Prof. Dr. Michael Micksche und Univ.-Prof. Dr. Herbert Watzke – um nur einige zu nennen – zu vereinen. Das starke Commitment der mitwirkenden Akteure zeigt uns, wie wichtig unsere Anliegen sind. Für die Bewerbung unseres Kongresses ist dieses Engagement sehr hilfreich. In dieser Konstellation haben wir von Wien aus das Möglichste getan, um den ersten GEORG-Kongress zu einem erfolgreichen Start zu verhelfen.

P: Am 22. Jänner fand der erste GEORG-Kongress in der Gesellschaft der Ärzte Wiens im traditionsreichen Billrothhaus statt. Ihr Resümee?

Crevenna: Der Startschuss ist gut gelungen. Wir hatten rund 150 Besucher. Das wollen wir im kommenden Jahr noch toppen. Entsprechend groß sind meine bzw. unsere Bemühungen, weitere Experten für unsere Anliegen zu gewinnen. Auch für uns bekommt translationale Forschung immer mehr Bedeutung. Diese wird zu Recht zunehmend gefordert. Demnach muss klinische Praxis den Ursprung in der Grundlagenforschung haben. Anderenfalls würden wir ja ohne Vorliegen einer entsprechenden Basis praktizieren. Zwar ist dieser Prozess heute Standard – dennoch dauert es oft viele Jahre, bis Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung ihren Weg in die klinische Praxis finden.

P: Welche Ziele verfolgt GEORG außerdem und in welche Richtung geht die Zukunft?

Crevenna: Unsere wichtigste Aufgabe sehen wir in der Vernetzung relevanter und themenspezifischer Experten aus den Bereichen Forschung, Palliativmedizin und Rehabilita-

tion auf nationaler und internationaler Ebene. In diesem Zusammenhang möchte ich anmerken, dass zwischen Reha und Palliativmedizin relativ viele Gemeinsamkeiten bestehen. Gerade im Bereich der Palliativmedizin hat sich in der Vergangenheit viel getan. Heute ermöglicht sie ein besseres Leben während des letzten Lebensabschnitts. Gleichermaßen relevant für Palliativmedizin und Rehabilitation ist typischerweise der Teamgedanke. Auch in der Reha sind die Ziele großteils anders als in der Akutmedizin definiert. Es geht ja eher um die bestmögliche Wiederherstellung eines erreichbaren (Funktions-)Niveaus – und nicht um die Heilung einer Erkrankung. Ähnlich verhält es sich in der Palliativmedizin, wo es letztlich um das Management der Lebensqualität und der Krankheitsfolgen geht. ■

Der nächste GEORG-Kongress findet am 20. Jänner 2017 statt.

Im kommenden Jahr wollen wir zusätzlich auch Betroffene in Bezug auf deren individuelle Bedürfnisse zu Wort kommen lassen. Vor diesem Hintergrund wird die Rückkehr ins Berufsleben („return to work“, Stichwort „Arbeitsmedizin“), insbesondere bei jungen Menschen mit Krebs, ein Schwerpunkt sein. Auch Erwachsene, die als Kinder und Jugendliche eine Krebserkrankung hatten, sollen stärker in den Mittelpunkt rücken. Zudem wollen wir die Entwicklungen in und mit einzelnen Reha-Zentren beleuchten. Da gibt es einige nennenswerte Beiträge: Am onkologischen Reha-Zentrum in St. Veit im Pongau etwa werden Therapieerfolge mittels eines Online-Systems erfasst. Gezielte Vorträge zu den einzelnen Interventionen wie Sport- und Trainings-therapie werden das Programm ergänzen. Auch Meinungsbildner aus dem Ausland sollen künftig stärker in unsere Aktivitäten eingebunden werden.

Referentenliste des

1. GEORG-Kongresses:

Ass.-Prof. Dr. Leo Auerbach, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde, MUW

Univ.-Prof. Dr. Richard Crevenna, MSc, MBA, Univ.-Klinik für PM & R, MUW
Ass.-Prof. Dr. Daniela Dörfler, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde, MUW
Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Thomas Dörner, MPH, Institut für Sozialmedizin, MUW
Natalija Frank, MPH, Comprehensive Cancer Center, MUW
Prim. Prof. Dr. Dietmar Geissler, I. Med. Abteilung, Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant, Univ.-Klinik für Chirurgie, MUW
Assoc.-Prof. Dr. Werner Haslik, MBA, Univ.-Klinik für Chirurgie, MUW
Prim. Dr. Marco Hassler, Der Sonnenhof, Bad Sauerbrunn
Univ.-Prof. Dr. Bernhard Holzner, Onkologische Rehabilitation, St. Veit im Pongau
Elisabeth Hütterer, Univ.-Klinik für Innere Medizin I, MUW
Univ.-Prof. Dr. Franz Kainberger, Univ.-Klinik für Radiologie & Nuklearmedizin, MUW
Dr. Lukas Kalcics-Gallei, Physikalische Medizin und Rehabilitation, BGKK
Dr. Mohammad Keilani, MSc, Univ.-Klinik für PM & R, MUW
Ass.-Prof. Mag. Kathrin Kirchheiner, PhD, Univ.-Klinik für Strahlentherapie, MUW
Univ.-Prof. Dr. Heinz Kölbl, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde, MUW
Prim. Univ.-Prof. Dr. Thomas Licht, Onkologische Rehabilitation, St. Veit im Pongau
Prim. Dr. Bruno Mähr, Therapiezentrum Rosalienhof, Bad Tatzmannsdorf
Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Markus Margreiter, Univ.-Klinik für Urologie, MUW
Univ.-Prof. Dr. Christine Marosi, Univ.-Klinik für Innere Medizin I, MUW
Univ.-Prof. Dr. Michael Micksche, Krebs-hilfe, Institut für Krebsforschung, MUW
Prim. Dr. Elisabeth Pittermann-Höcker, Hanusch-Krankenhaus, Wien
Univ.-Prof. Dr. Richard Pötter, Univ.-Klinik für Strahlentherapie, MUW
Ärztl. Dir. Stv. Prof. Dr. Wolfgang Schaden, AUA, Wien
Priv.-Doz. Dr. Beate Schrank, MSc, MUW
Ass.-Prof. Dr. Klaus Schrögdorfer, MBA, Univ.-Klinik für Chirurgie, MUW
Mag. Gaby Sonnblöcher, Krebs-hilfe Wien

Dr. phil. Gabriele Traun-Vogt, Psychotherapeutin SF, Psychoonkologin, Wien
Univ.-Prof. Dr. Herbert Watzke, Univ.-Klinik für Innere Medizin I, MUW
Univ.-Prof. Dr. Christoph Wilttschke, Univ.-Klinik für Innere Medizin I, MUW
Univ.-Prof. Dr. Michael Wolzt, Univ.-Klinik für Klinische Pharmakologie, MUW
Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Christoph Zielinski, Univ.-Klinik für Innere Medizin I, MUW

BioBox:

Univ.-Prof. Dr. Richard Crevenna absolvierte sein Medizinstudium an der Medizinischen Fakultät der Universität Graz. 2004 habilitierte er an der Medizinischen Universität Wien mit einem Thema zur Onkologischen Rehabilitation im Fach Physikalische Medizin. Crevenna ist MBA (Health Care Management) und MSc (interdisziplinäre Schmerzmedizin, Algesiologie), weiters Zusatzfacharzt für Geriatrie und macht aktuell eine arbeitsmedizinische Ausbildung, um der Thematik „return to work“ in der onkologischen Rehabilitation zusätzliche Impulse zu geben. Seit 2014 ist er interim. Leiter der Universitätsklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation der Medizinischen Universität Wien. Darüber hinaus ist Crevenna Buchautor, Block- und Linekoordinator sowie Mentor an der Medizinischen Universität Wien.

Gesellschaft zur
Erforschung
onkologischer
rehabilitativer
Grundlagen
ge
org

Das Krankenhaus der Wiener Gebietskrankenkasse

Als Krankenhaus zwischen geistlichen Ordensspitalern und dem Krankenanstaltenverbund hat das – der Wiener Gebietskrankenkasse gehörende – Hanusch-Krankenhaus zweifelsfrei eine Sonderstellung in der Wiener Gesundheitslandschaft. Bereits 1980 arbeitete Prim. Dr. Elisabeth Zwertler als Pflegehelferin in den geschichtsträchtigen Mauern, kennt das Haus somit seit bald vier Jahrzehnten. Vergangenen Oktober wurde sie zur Ärztlichen Direktorin bestellt. Mit dem PERISKOP sprach sie über die Besonderheiten des Hanusch-Krankenhauses, das Wiener Spitalskonzept 2030, den Stellenwert von DMPs und die Gesundheitsreform.

Von Maximilian Kunz, MAS, MBA

PERISKOP: Wie beurteilen Sie die Sonderstellung des Hanusch-Krankenhauses?

Zwertler: Das Hanusch-Krankenhaus ist das einzige Schwerpunktkrankenhaus der österreichischen Sozialversicherung. Ursprünglich vor 100 Jahren als Militärspital erbaut, wurde es nach dem Zweiten Weltkrieg der WGKK überantwortet. Wohl auch weil sich in der schwierigen Nachkriegszeit niemand sonst ein Krankenhaus leisten wollte oder – besser – konnte. Immer wieder tauchten Schließungsgerüchte auf, vor allem, wenn aus verschiedenen politischen Richtungen der WGKK Ratschläge für mögliche Einsparungen gegeben wurden. Im Gegensatz dazu hat die Sozialversicherung aber zunehmend den Nutzen aus dem Besitz eines Krankenhauses erkannt. So sind wir seit vielen Jahren im Auftrag der Sozialversicherung eines der ersten Häuser, die an Änderungen im Gesundheitssystem im Rahmen von Pilotprojekten mitwirken. Denken Sie etwa an die Einführung der E-Card oder an das PIK-Projekt aus den 00er-Jahren.

Schon damals hatten wir ein Entlassungsmanagement organisiert, wie es heute auch in anderen Wiener Krankenanstalten etabliert ist. Andere Beispiele sind die Augen-Tagesklinik oder das Zentrum für Medizinische Genetik, die es der Sozialversicherung ermöglichen, durch einen Blick „hinter die Kulissen“ Informationen aus erster Hand zu bekommen. Das ist sehr wertvoll für die Planung und das Abschätzen künftiger Entwicklungen und garantiert Fachkompetenz bei Verhandlungen mit unterschiedlichen Vertragspartnern. Ein Alleinstellungsmerkmal des Hanusch-Krankenhauses ist die zentrale Position im Gesundheitsverbund der WGKK. Diese Möglichkeit des abgestuften Versorgungsangebots stationär/ambulant – praktisch über ganz Wien verteilt – hat kein anderes Krankenhaus.

P: Seit 1. Oktober 2015 sind Sie Ärztliche Direktorin. Was sind Ihre Ziele und wo sehen Sie die größten Stärken und Herausforderungen auf sozialmedizinischer Ebene?

Zwertler: Eine unserer großen Stärken liegt zweifelsfrei in der überschaubaren Größe (ca. 450 Betten) und Übersichtlichkeit sowie in den damit einhergehenden kurzen Wegen und straffen internen Strukturen. Das ermöglicht rasche Abstimmungsprozesse, was auswärtige Fachärzte, die z. B. aus großen Kliniken zu uns kommen, immer wieder zu schätzen wissen. Zudem belegen zahlreiche Meinungsumfragen unter Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten unsere fachliche Kompetenz wie auch die Patientenzufriedenheit mit der Serviceorientierung und Freundlichkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen.

„Ein Alleinstellungsmerkmal des Hanusch-Krankenhauses ist die zentrale Position im Gesundheitsverbund der WGKK.“

Ein wesentliches Ziel für mich ist, dass neben der optimalen medizinischen Betreuung auch soziale Aspekte (Versorgung zu Hause, familiäre Situation, berufliche Rehabilitation, Opferschutz) berücksichtigt werden. Ein Vorzeigeprojekt ist unsere Augenabteilung unter Prim. Univ.-Prof. Dr. Oliver Findl, der es durch Umstrukturierungen und räumliche Adaptierungen geschafft hat, die Auslastung im Bereich der tagesklinischen Kataraktoperationen innerhalb eines Jahres von zehn Prozent auf mehr als 97 Prozent zu steigern und einen Deckungsbeitrag von über 100 Prozent zu erreichen. Zahlreiche Ärztinnen und Ärzte des Hauses sind auch wissenschaftlich aktiv und national und international in Fachgesellschaften vernetzt und anerkannt. Neben Prof. Findl im Augenbereich etwa im osteologischen Bereich Prof. Dr. Klaus Klaushofer und das Ludwig-Boltzmann-Institut für Osteologie. Darüber hinaus Priv.-Doz. Dr. Jochen Zwerina im Bereich Rheumatologie, Prim. Univ.-Prof. Dr. Felix Keil, Doz. Dr. Sebastian



Roka und Doz. Dr. Eugen Plas in den Fächern Hämatologie und Onkologie, Chirurgie und Urologie oder Prof. Dr. Mirko Hirschl im Gefäßbereich sowie Univ.-Prof. Dr. Thomas C. Wascher, der in der vergangenen Periode Präsident der Österreichischen Diabetesgesellschaft war. Erwähnen möchte ich an dieser Stelle auch unser Brustzentrum: Im vergangenen Jahr lagen wir mit 190 Karzinomoperationen an zweiter Stelle nach dem Wiener AKH. Außerdem nehmen wir am Mammographie-Screening-Programm teil bzw. haben ein Pilotprojekt laufen, bei dem das Assessment im Hanusch-Krankenhaus durchgeführt wird und das Screening in den Gesundheitszentren. Durch die Kooperation mit dem Zentrum für Medizinische Genetik können wir Beratung, Diagnostik und Therapie bei familiärem Brust- und Eierstockkrebs nach State-of-the-Art-Qualitätsstandards anbieten.

P: Vor wenigen Monaten wurden im Hanusch-Krankenhaus fünf zentrale und hochmoderne Operationsäle eröffnet, einer davon als so genannter Hybrid-OP. Was genau bedeutet das?

Zwertler: Ja, wir haben von neun dezentralen auf fünf zentrale OPs umgestellt. Erst Mitte Jänner ist die Chirurgie übersiedelt und die ersten Eingriffe fanden vor wenigen Wochen statt. Um das bisher erbrachte Leistungsniveau halten zu können, mussten wir die Arbeitszeiten ausweiten. Damit werden die sehr teuren Ressourcen besser ausgelastet. Aktuell gilt es zu evaluieren, ob wir mit dem Routinebetrieb bis 17 Uhr auskommen. Für die Ärztinnen und Ärzte bedeutet das eine große Veränderung und die entsprechenden Abläufe müssen sich noch einspielen. Eine unserer Stärken ist die interventionelle Behandlung kardiovaskulärer Erkrankungen. Hybrid-OP bedeutet in diesem Zusammenhang, dass im OP ein Röntgengerät installiert ist, mit dem Angiografien und Interventionen während einer OP im Zusammenspiel von Chirurgen und interventionellen Radiologen durchgeführt werden können. Das erweitert und verbessert die Möglichkeiten gefäßchirurgischer Eingriffe.

P: 2015 präsentierte die WGKK den Gesundheitsverbund. Was genau kann man sich darunter vorstellen?

Zwertler: Die WGKK betreibt ja neben dem Hanusch-Krankenhaus fünf Gesundheitszentren. Im 2015 vorgestellten Gesundheitsverbund wurden diese organisatorisch vernetzt. Vor diesem Hintergrund haben wir u. a. einen Hämatologie-Verbund ins Leben gerufen. In den Gesundheitszentren Strohgasse und Mariahilf wurden die ersten mit der Spitalsabteilung vernetzten Hämatologie-Ambulanzen geschaffen, welche sich schon nach kurzer Zeit sehr bewähren. Die fachärztliche Besetzung erfolgt im Rotationsprinzip durch Ärztinnen und Ärzte unserer 3. Medizinischen Abteilung. Geplant sind neun Monate im Gesundheits-

zentrum und dann drei Monate bei uns an der Abteilung, wo sie ihre Ausbildung gemacht haben. Das hat den Vorteil, dass sie immer wieder über neueste Entwicklungen im Krankenhaus informiert werden und zudem eine Bettenstation im Hintergrund haben. Zu den Stärken des Gesundheitsverbundes zählen auch die Verbünde der „technischen Fächer“, also der Pathologieverbund unter Prim. Dr. Nader, der Radiologieverbund, geleitet von Univ.-Prof. Dr. Haller, und der soeben gesamt-ISO-zertifizierte Laborverbund unter Univ.-Doz. Prim. Dr. Mayerhofer.

P: Welchen Stellenwert messen Sie Disease-Management-Programmen (DMPs) zu?

Zwertler: Obwohl ich sehr auf individuelle Bedürfnisse meiner Patientinnen und Patienten eingehe, halte ich diese Programme für wichtig. Gerade bei chronischen Erkrankungen wie etwa Diabetes mellitus sind strukturierte Programme nützlich und verbessern erwiesenermaßen die klinischen Ergebnisse für die Betroffenen. In der österreichischen Medizinlandschaft sind wir – wenn auch noch nicht ganz, so doch eindeutig – auf dem Weg von der eminenten basierten zur evidenzbasierten Medizin. Für zukünftige Generationen wird das selbstverständlich sein. Der wissenschaftliche Nachweis der Treffsicherheit und Wirksamkeit von diagnostischen und therapeutischen Verfahren wird immer mehr an Bedeutung gewinnen und muss eine wichtige Voraussetzung für Anwendung und Kostenerstattung im öffentlichen Gesundheitssystem sein.

Factbox Gesundheitsverbund

2015 von der Wiener Gebietskrankenkasse gestartet, dient er der besseren Vernetzung der eigenen Einrichtungen und der Fachärzte-Teams für eine umfassende, wohnortnahe Versorgung von Patientinnen und Patienten.

INSTITUTIONEN:

- » Hanusch-Krankenhaus
- » Gesundheitszentrum Wien Nord
- » Gesundheitszentrum Wien Süd
- » Gesundheitszentrum Wien Mitte
- » Gesundheitszentrum Mariahilf
- » Gesundheitszentrum Andreasgasse

VORTEILE:

- » Zahlreiche Fachrichtungen – von der Allgemeinmedizin bis zur Humanogenetik – sind im Gesundheitsverbund vertreten
- » Gesundheitsdaten werden nur noch einmal aufgenommen (gemeinsames elektronisches Informationssystem)
- » Befunde des Gesundheitsverbundes (Labor, Röntgen, Spezialuntersuchung etc.) sind überall abrufbar
- » Rasche Terminvereinbarung für Untersuchungen und Behandlungen
- » Die Koordination notwendiger Vorbereitungen und Nachbehandlungen im Zuge einer OP kann im Hanusch-Krankenhaus oder in einem nahegelegenen GZ übernommen werden
- » Individuelle und vertrauensvolle Betreuung und Behandlung durch medizinische Fachleute – wohnortnahe ambulant im GZ bzw. im HKH, wenn stationäre Betreuung notwendig ist



Dr. Elisabeth ZWETTLER, ärztliche Direktorin des Hanusch-Krankenhauses

P: Was fällt Ihnen zum Schlagwort Gesundheitsreform ein und wie beurteilen Sie die Entwicklungen auf politischer Ebene?

Zwertler: Als 2012 die Gesundheitsreform gestartet wurde, fand ich das großartig. Es ist seit meiner Studienzeit eine meiner Überzeugungen, dass wir nur einen Geldtopf für das heimische Gesundheitssystem zur Verfügung haben sollten. Dieser sollte möglichst sinnvoll verteilt werden. Länder

sollten nicht mit Sozialversicherungen bzw. mit dem Bund in Konflikt geraten, wo was gemacht wird, bzw. Leistungen – nur weil es für einen mehr kostet – woandershin verschoben werden. Die Aussichten waren gut und ich glaube, in den letzten Jahren pasierte deutlich mehr als in den Jahren davor. Dennoch bin ich der Meinung, dass die Einigung oft schwierig ist. Der konsensuale Weg ist jedenfalls zu begrüßen. ■

BioBox:

Dr. Elisabeth Zwertler wurde 1962 in Wien geboren und promovierte 1986 zur Doktorin der gesamten Heilkunde. Nach dem Turnus schloss sie im Jahr 2000 die Ausbildung zur Fachärztin für Innere Medizin ab, 2007 folgt der Abschluss des Zusatzfachs Endokrinologie und Stoffwechsel. Abgerundet wurde die Ausbildung im Jahr 2008 durch einen Aufenthalt in Boston/USA an der Harvard School of Public Health. Zwischen 2006 und 2012 war Zwertler stellvertretende Leiterin der 4. bzw. 1. Medizinischen Abteilung am Hanusch-Krankenhaus. 2012 wurde sie zur stellvertretenden Ärztlichen Leiterin des Gesundheitsverbundes der WGKK und 2013 zur Leiterin des WGKK-Gesundheitszentrums Wien-Nord. Seit 1. Oktober 2015 ist Dr. Zwertler die neue Ärztliche Direktorin des Hanusch-Krankenhauses der Wiener Gebietskrankenkasse und die medizinische Leiterin des Gesundheitsverbundes. Neben ihrer ärztlichen Tätigkeit arbeitet die Spezialistin für Endokrinologie und Knochenerkrankungen an zahlreichen Forschungsprojekten des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Osteologie mit.



www.symptomsuche.at

- » Eine Datenbank von Am Plus für Ärzte
- » Mögliche Seltene Erkrankungen früher erkennen

- » Im Jahr 2015 über 3.500 unique visitors
- » Klicken.Suchen.Finden
- » Unterstützt von 15 Unternehmen

- » 34 Seltene Erkrankungen im Detail beschrieben
- » Seit Launch im Jänner 2014 über 11.000 Zugriffe

WWW.SYMPTOMSUCHE.AT



Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit



Wir managen das Leben

Das Gesundheitssystem ist dazu angehalten, auf die Zeichen der Zeit zu hören und sich den Herausforderungen der nächsten zehn Jahre zu stellen. Die Sozialversicherung ist ein Garant des sozialen Friedens in Österreich. In einem öffentlichen System ist man Dienstleister an den Versicherten. Mag. Bernhard Wurzer, Generaldirektor-Stellvertreter im Hauptverband, sprach mit dem PERISKOP über Kinder- und Jugend-Reha, das PHC-Modell und sein persönliches Herzensprojekt.

Von Mag. phil. David Zalud, Bakk. phil.

PERISKOP: Wie ist Ihre persönliche Einschätzung der momentan laufenden PHC-Verhandlungen?

Wurzer: Bei solchen Verhandlungen müssen immer alle zuerst die Muskeln spielen lassen. Das gehört dazu. Allen Beteiligten, auch der Ärztekammer, ist aber bewusst, dass eine rechtliche Grundlage in diesem Zusammenhang essenziell ist. Vor allem seitens der Sozialversicherung brauchen wir diese Sicherheit, um unsere Aufgaben erfüllen zu können. Es ist aber auch für die künftigen Ärztinnen und Ärzte in den PHCs bedeutsam, klare Verhältnisse zu haben. Ein paar Knackpunkte sind uns dabei besonders wichtig: Wir müssen weg vom Bezahlen von Handgriffen und hin zur umfassenden Betreuung. Die Honorierung muss auf die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe Rücksicht nehmen. Es muss Modelle geben, wie die Investitionskosten gedeckt werden. Wo steht geschrieben, dass nicht die Sozialversicherung die Infrastruktur bis hin zum Gebäude zur Verfügung stellt? Es darf aber auch nicht zu einer ungeplanten Stellenvermehrung durch das PHC-Modell kommen und es muss die Möglichkeit geben, die bestehenden Vertragsärzte zuerst einzuladen, dabei mitzumachen. Es müssen sowohl Zentren als auch Netzwerke in ländlichen Regionen möglich sein. So viele Großstädte gibt es in Österreich nicht. Letztlich geht es auch um Fragen wie die Anstellungsmöglichkeit von Ärzten bei Ärzten. Das alles muss gesetzlich neu geregelt werden.

Jetzt geht es darum, ein Modell zu kreieren, das den heutigen Bedürfnissen angepasst ist. Und zwar den Bedürfnissen der Menschen als Patienten, aber auch den Bedürfnissen der Gesundheitsdienstleister. Die Menschen wollen mehr Zeit für das Gespräch mit ihrem Arzt, bessere Öffnungszeiten, mehr Vernetzung. Die Ärzte wollen familienfreundliche Arbeitszeiten und Entlastung von bürokratischen Kleinigkeiten. Das kann mit der neuen Primärversorgung gelingen. Das Gesundheitsbewusstsein der Menschen hat sich in den letzten 20 Jahren dramatisch verändert, und ein System muss sich entsprechend plädieren, ist der, dass wir hier schon einiges im Vorfeld abfangen können, das dann in anderen Versorgungsstufen aufschlagen würde und dort wesentlich kostenintensiver für das System wäre. Das Portfolio eines Allgemeinmediziners sollte ausgefüllt werden. Jeder Versicherte muss sich darauf verlassen können, dass in einer bestimmten Zeit eine adäquate Einrichtung da ist. Hinzu kommt der Faktor Betreuung und Management bei chronisch Kranken. Natürlich gibt es auch die akuten Fälle, die behandelt werden müssen. Und man muss sich Incentives überlegen und Platz

P: Was ist das Ziel des PHC?

Wurzer: Der Grund, warum wir für eine Primärversorgung plädieren, ist der, dass wir hier schon einiges im Vorfeld abfangen können, das dann in anderen Versorgungsstufen aufschlagen würde und dort wesentlich kostenintensiver für das System wäre. Das Portfolio eines Allgemeinmediziners sollte ausgefüllt werden. Jeder Versicherte muss sich darauf verlassen können, dass in einer bestimmten Zeit eine adäquate Einrichtung da ist. Hinzu kommt der Faktor Betreuung und Management bei chronisch Kranken. Natürlich gibt es auch die akuten Fälle, die behandelt werden müssen. Und man muss sich Incentives überlegen und Platz

„Das Gesundheitsbewusstsein der Menschen hat sich in den letzten 20 Jahren dramatisch verändert, und ein System muss sich entsprechend daran adaptieren.“

schaffen, um gemeinsam mit der Sozialversicherung, den Ärzten und der Primärversorgung Ziele zu stecken und umzusetzen. Und wenn man diese erreicht, dann ist uns das auch etwas wert. Ein Ziel ist die Vernetzung der Gesundheitsberufe unter einem Dach. Informell passiert da schon sehr viel. Aber es ist eben nicht strukturiert und institutionalisiert. Es hängt immer wieder von der Eigeninitiative und dem Engagement Einzelner ab. Wenn aber Ärzte am öffentlichen System teilhaben und damit ihren Lebensunterhalt bestreiten, dann soll auch sichergestellt werden, dass es alle so machen und ich als Patient nicht auf gut Glück zum Richtigen komme. Deswegen auch das Anliegen, dass es in den Bundesländern keine Unterschiede beim Versorgungsauftrag gibt, den ein PHC zu erfüllen hat. Und dass das Angebot überall die gleichen Leistungen umfasst. Abschließend bin ich aber mehr als zuversichtlich, dass man hier einen Konsens mit der Ärztekammer finden wird, damit die Versorgung der Österreicher weiter optimal gewährleistet wird und man ein konstruktives Miteinander hat.

P: Das Gesundheitssystem neu aufzustellen ist eine unmögliche Mission.

Wurzer: Man kann ein gewachsenes System nicht neu erfinden. Jedes System, auch das Gesundheitssystem, muss aber auf die Zeichen der Zeit Rücksicht nehmen. Das Sozialversicherungssystem ist da keine Ausnahme und muss sich entsprechend anpassen. Wir Österreicher sind ja eher veränderungsresistent. Die Kommunikation und der Informationsfluss haben sich drastisch verändert. Und aus diesen Gründen werden Dinge, die historisch gewachsen sind,

auf einmal transparent. Die Menschen vergleichen mehr, sie sehen Leistungs- und Qualitätsunterschiede bei den Kassen, den Spitälern, beim Arzt. Jetzt muss man sich überlegen, wo diese Unterschiede gescheit und sinnvoll sind – und wo eben nicht. Und wenn nicht, dann ist man dazu angehalten, diese zu ändern. Das muss nicht gleich Revolution bedeuten. Die frisst bekanntlich ihre Kinder. Man muss aber das System zukunftstauglich machen.

P: Ein großes Thema auf Ihrer Agenda ist die Reha von Kindern und Jugendlichen: Wie ist hier der Status quo?

Wurzer: Die Absender aller formal richtigen Einreichungen wurden eingeladen, auf Basis der Ausschreibungsunterlagen ein erstes Angebot zu liefern. Danach wird gesichtet und qualitätsgesichert. Im nächsten Schritt folgen eine Verhandlungsrunde mit den Anbietern sowie eine Konzeptpräsentation. Dann, im März und April, folgt ein „last and best offer“. Danach wird der Zuschlag erteilt. Die vier Versorgungsregionen bilden die Basis dafür. Der Reha-Plan wurde von Fachexperten in den jeweiligen Versorgungsregionen ausgearbeitet. Anhaltspunkte dafür waren die Indikationsgruppen. Entscheidend ist, dass eine qualitativ hochwertige Versorgung für die Kinder aufgestellt wird. Um hier eine optimale Lösung sicherzustellen, gibt es eben dieses Ausschreibungsverfahren.

P: Der Pharmarahmenvertrag bleibt weiter ein Vertrag und kein Gesetz. Wie stehen Sie dazu?

Wurzer: Darüber bin ich natürlich sehr glücklich. Man sieht, es lässt sich vieles im

Wege von Verhandlungen lösen, auch wenn es zu Beginn ganz anders aussieht. Eingriffe in die Wirtschaft durch den Gesetzgeber haben immer einen bitteren Beigeschmack und liefern kein gutes Bild für den Wirtschaftsstandort Österreich.

P: Auf welche Erfolge sind Sie in Ihrem Geschäftsbereich im Jahr 2015 besonders stolz?

Wurzer: Am 1. Juli wurde die Gratis-Zahnspangen-Versorgung realisiert. Dann natürlich die Ausschreibung zur Kinder-Reha. Und ein neuer österreichweiter Flugrettungsvertrag ist uns gelungen. Nun besteht ein echter Sachleistungsvertrag, der gewährleistet, dass die Ex-post-Prüfung des Notarztprotokolls wegfällt. Und der Versicherte nicht nachträglich eine böse Überraschung in Form eines Erlagscheins erlebt. Die Einstufung gilt also. Es dürfen keine Zuzahlungskosten mehr für den Versicherten entstehen. Diese Lösung ist vor allem deswegen gelungen, weil sich alle Flugrettungsbetreiber zu einer Interes-

senvertretung zusammengeschlossen haben und mit einer Stimme für alle gesprochen haben. Wir sind auch gerade dabei, eine Versorgungslandkarte zu Therapien für Kinder und Jugendliche zu erstellen. Hier sind wir derzeit in der Evaluierung, wie viel Logo- bzw. Ergotherapie zum Beispiel regional angeboten wird. Hinsichtlich des Angebots gibt es starke regionale Unterschiede, die aber nicht mit dem Bedarf und der Nachfrage korrelieren. Wenn es Lücken gibt, muss man offen darüber reden.

P: Was ist Ihr ganz persönliches Highlight in dieser Hinsicht?

Wurzer: Ein besonderes Herzensanliegen von mir ist das Projekt Verordnungskatalog für Therapien bei Kindern und Jugendlichen, das mit Dr. Sonja Gobara und ihrem Team erarbeitet wurde. Dieser Katalog liefert genaue Therapieabläufe und Behandlungsprozesse für einzelne Diagnosen bei Kindern. Um ein geeignetes Behandlungsziel zu erreichen – von der Verordnung bis

zur endgültigen Heilung. Mit Diagrammen und strukturierten Abläufen werden Diagnosen aufgelistet und bereits während der Therapie findet eine Evaluierung statt, ob die Verordnung adäquat war und das Ziel erreicht werden kann. Es entsteht auch eine klare Strukturierung, wann eine Einzeltherapie oder eine Kombitherapie mit Überweisung in ein Spezialzentrum notwendig ist. Derzeit läuft der Elchtest für den Katalog – wir erproben ihn in Testregionen im Hauptverband und leitete das Projekt für die Verhandlungen mit der Österreichischen Ärztekammer zum Kassensanierungspaket 2009. 2012 folgte die Leitung der Abteilung für Grundsatzangelegenheiten im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Seit 1. April 2013 ist Wurzer stv. Generaldirektor im Hauptverband. Er ist verheiratet und hat zwei Kinder.

 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger



MAG. BERNHARD WURZER
Generaldirektor-Stellvertreter im Hauptverband

Patienten liegen nicht zum Spaß im Krankenhaus

Mag. Stefan Deflorian leitet seit acht Jahren die Tirol Kliniken. Im vergangenen Jahr hat man sich dazu entschlossen, den Namen TILAK hinter sich zu lassen und neue Wege unter dem Namen Tirol Kliniken zu gehen. Was die Beweggründe dazu waren und vor welchen Herausforderungen Spitalsbetreiber in Österreich stehen, waren Themen des PERISKOP-Gesprächs mit dem in Meran geborenen Krankenhausmanager.

Von Maximilian Kunz, MAS, MBA

PERISKOP: 2015 wurden aus der TILAK die Tirol-Kliniken. Was waren die strategischen Hintergründe dieser Neuausrichtung?

Deflorian: Der Name TILAK ist aus der Tradition gewachsen, dass Krankenhausaltenträger in nahezu allen Bundesländern entsprechende Abkürzungen haben. In Tirol haben wir die Erfahrung gemacht, dass der Wiedererkennungswert des Namens TILAK bei uns im Bundesland zwar hoch ist, jedoch rapide abnimmt, sobald man über die Grenzen Tirols hinausgeht. Hinzu kommt, dass auch im Ausland kaum jemand etwas mit derartigen Abkürzungen anzufangen weiß. Geht es darum, die Aufmerksamkeit der Leser – etwa beim Schalten von Stelleninseraten – zu gewinnen und von einem entsprechenden Wiedererkennungswert zu profitieren, so bleibt uns als Inserent nur ein kurzer Moment, der entscheidet ob bzw. wie wir wahrgenommen werden. Die Worte

„Tirol“ und „Klinken“ bringen rasch und unkompliziert auf den Punkt, wo wir sind und was wir tun. Mit diesem neuen Namen soll die Wirkung in beide Richtungen – also nach Aussen und Innen – verbessert werden. Immerhin ist der Name im Zuge einer Employer-Branding-Initiative entstanden und wurde von einem unserer Ärzte vorgeschlagen. Ergo haben unsere Mitarbeiter entscheidend zu dieser neuen Identität beigetragen. International genießt Tirol einen hohen Markenwert der mit Lebensqualität und Freizeit assoziiert wird. Ebenfalls ein Faktum, dass uns die Entscheidung, einen besser geeigneten Namen zu finden, leicht gemacht hat.

P: Was sind aktuell die gravierendsten Herausforderungen des Gesundheitssystems für Sie als Spitalsbetreiber und wie vergleichen Sie die Rahmenbedingungen mit Deutschland?

Deflorian: Einerseits bei Themen in Zusammenhang mit dem Arbeitsmarkt, andererseits in Bezug auf die Finanzierbarkeit. Eine zentrale Rolle in diesem Kontext spielen die Gehälter unserer Mitarbeiter, wobei uns zwei Fragen besonders beschäftigen. Zuerst, ob wir das benötigte Personal in qualitativer und quantitativer Hinsicht am Arbeitsmarkt akquirieren können um unserem Versorgungsauftrag auch in Zukunft gerecht zu werden, dann, wie wir das finanzieren können und welche Maßnahmen dazu erforderlich sind. Blickt man auf den deutschen Markt, so wird dieser vom Marburger Bund und den dort geltenden Tarifverträgen dominiert. Wir liegen sicherlich 10 – 15 Prozent über diesen Verhältnissen. Den direkten Vergleich mit Deutschland suchen wir also nicht. In Bezug auf die Gehaltssummen gilt bei uns spätestens ab 2021 die rigide 48 Stunden-Grenze. In Deutschland wurde dies flexibler gelöst. So können dort im Einvernehmen zwischen Gewerkschaft und Dienstgeber andere Arbeitszeiten im Dienstvertrag formuliert werden. Das wurde sowohl für Ausbildungsärzte als auch Fachärzte festgelegt. In Bayern gilt für Fachärzte gar eine 62-Stunden-Woche, wenn der Arzt die Zustimmung dazu erteilt. All das auf Basis gleicher EU-Richtlinien. In Österreich hingegen hat man sich für eine sehr straffe Variante zur Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes entschieden. Wenn man in Deutschland um einiges mehr in Zeit arbeiten darf als bei uns, liegt auf der Hand, dass dort auch mehr verdient werden kann. Breche ich die

deutschen Verhältnisse jedoch auf die in Österreich geltende 48-Stunden-Woche herunter, dann wird rasch klar, dass wir mehr bezahlen als das beim Marburger Bund der Fall ist. Der oft angestellte Vergleich zwischen Deutschland und Österreich mit der Schlussfolgerung, man würde in Deutschland mehr verdienen, ist vor den unterschiedlichen Rahmenbedingungen also eigentlich unzulässig. Aus meiner Sicht wurden in der nationalen Gesetzgebung in Österreich EU-Richtlinien strenger umgesetzt als erforderlich. Ich würde mir sehr wünschen, wenn das Sozialministerium das entsprechende Gesetz noch anpassen würde. Damit wäre uns sehr geholfen. Was aber aktuell geschieht, ist eine gesetzlich bedingte Verknappung des Arbeitsmarktes mit entsprechenden Auswirkungen in Hinblick auf Ärztegehälter.

P: Stichwort Arbeitsmarkt – wie beurteilen Sie die Situation für den Nachwuchs?

Deflorian: Mit Ausnahme der Ärzte sehen wir bei keiner anderen medizinischen Berufsgruppe größere Probleme, am Arbeitsmarkt den entsprechenden Nachwuchs anzuwerben. Natürlich ist es in vereinzelten Bereichen, wie etwa bei Kinder-Intensiv-Pflegekräften, nicht immer einfach. Dem entgegenen wir etwa, indem wir entsprechendes Personal bei uns In-house ausbilden. Bei den Ärzten sind wir von der Zahl der Absolventen an den Universitäten abhängig. Verglichen mit 2007/08 ist ein dramatischer Rückgang festzustellen. Laut

„Ich bin überzeugt, dass eine entsprechende und umfassende Ausweitung des Tagesklinischen Bereiches in den nächsten Monaten und Jahren stark forciert werden wird und halte dies auch für unausweichlich.“

Rechnungshofbericht liegt landesweit sogar ein Rückgang um 50 Prozent vor. In Tirol ist die Situation noch gravierender. Aus Arbeitgeberseite bin ich überzeugt, dass unsere Arbeitsplätze überdurchschnittlich sicher sind. Die Auswirkungen der Gehaltsforderungen und der höheren Gehälter, die wir zahlen, spiegeln sich jedoch in den höheren Abgängen wieder: Alleine 2014 mussten wir knapp 30 Mio. Euro Abgang verzeichnen. Für 2016 kalkulieren wir bereits mit über 90 Mio. Euro. Dafür kommt letztlich das Land auf. Aktuell sind die Entwicklungen derart dramatisch, dass entsprechende Gegensteuerungsmaßnahmen zu erwarten sind. So wurden bereits 2014 die Bundes-Zielsteuerungsverträge abgeschlossen, aus denen ganz klare strategische Initiativen in diesem Zusammenhang hervorgehen – etwa die Entlastung der Krankenanstalten von ambulanten Patienten, was ich sehr begrüße. Wir haben einen nicht unwesentlichen Teil ambulanter Patienten, die auf Grund ihres Krankheitsbildes auch von niedergelassenen Ärzten behandelt werden könnten. Das Problem sehe ich in unserem niederschweligen Zugang zu den Ambulanzen und Spitälern. Hier ist bisher wenig passiert. Freilich präferieren es die meisten Patienten – insbesondere Berufstätige – einmal in eine Ambulanz zu gehen und diese mit Diagnose und Therapieverschreibung wieder zu verlassen. Das führt jedoch

zu den bekannten Effekten wie Steigerungsraten bei den Patientenzahlen. In der Notfallambulanz unserer Klinik in Innsbruck sind das 4-6 Prozent pro Jahr. Ich sehe kein Problem darin, wenn das PHC-Konzept am Eingang eines Krankenhauses beginnt – je nach Bedarf. Ideal wäre, wenn in Strukturen behandelt werden würde, welche die notwendige Qualität zu möglichst geringen Kosten bieten würden. Vor diesem Hinter-

grund Patienten möglichst in den tagesklinischen Bereich zu verlagern ist naheliegend und wird schon dadurch unterstützt, dass Patienten ja nicht aus Spaß länger als notwendig im Spital liegen. Ich bin überzeugt, dass eine entsprechende und umfassende Ausweitung des Tagesklinischen Bereiches in den nächsten Monaten und Jahren stark forciert werden wird und halte dies auch für unausweichlich.

P: Österreicher liegen im Vergleich am häufigsten und längsten im Krankenbett. Parallel haben wir intra- wie extramural überdurchschnittlich viele Ärzte per Capita. Seitens der Ärztekammer will man eine Unterverordnung glaubhaft machen. Wie erklären Sie sich das?

Deflorian: Wirft man einen Blick auf die Rahmenbedingungen ist das nur verständlich: Haben sie die gesetzliche Verpflichtung, in einer Zentralkrankenanstalt zu jeder Uhrzeit und Fachrichtung einen entsprechenden Facharzt im Dienst zu haben, dann bedingt das im Rahmen des neuen Krankenanstaltenarbeitszeitgesetzes pro Dienststrad, dass sie laufend neun bis zehn Ärzte benötigen. In Deutschland oder England wird weitestgehend mit erfahrenen Ausbildungsärzten gearbeitet, Fach- bzw. Oberärzte sind in Rufbereitschaft. Dort funktioniert das deshalb gut, weil eben auch der niederschwellige Zugang zu den Ambulanzen wegfällt. Auf

die Steuerung des Patientenstromes der zu uns in die Ambulanzen kommt, haben wir keinerlei Einfluss. Würde man diese beiden gesetzlichen Vorgaben entsprechend adaptieren sehe ich durchaus die Möglichkeit, in vielen – wenn auch nicht allen Fächern – auf ambulante Versorgung umzustellen. Das PHC-Konzept ist grundsätzlich zu begrüßen. Nur müssen parallel die Patientenströme gesteuert werden, was man bisher nicht gemacht hat. Setzt man dieses Konzept letztlich um, fördern wir einen kontrollierten Übergang von einer Krankenanstaltenambulanz hin zum niedergelassenen Bereich. ■

Biobox
Mag. Stefan Deflorian wurde 1965 in Meran geboren und studierte Sozial- und Wirtschaftswissenschaften an der Universität Innsbruck. Seit 1993 ist er bei den Tirol Kliniken in verschiedenen Positionen beschäftigt. Seine Stationen waren u.a. in der Abteilung für Controlling und Rechnungswesen, als Verwaltungsdirektor des LKH Hochzirl und als Geschäftsführer des BKH Schwaz. Seit 2008 ist er Geschäftsführer der im Besitz des Landes Tirol stehenden Tirol Kliniken. Er ist verheiratet und Vater von zwei Kindern.



Plattform Patientensicherheit

Mitarbeiter- und Patientensicherheit im Rahmen der Flüchtlingshilfe

Die medizinische Behandlung und Betreuung von Menschen auf der Flucht stellen die Gesundheitsberufe vor neue Herausforderungen. Einerseits geht es um die akute Erstversorgung von Durchreisenden oder Neuankömmlingen, aber auch um die dauerhafte Grundversorgung von Asylwerbern und Asylberechtigten. Im letzten Jahr haben viele Angehörige von Gesundheitsberufen freiwillig mitgeholfen. Zusammen mit der Vereinigung „Medical Aid for Refugees“ und dem Institut für Ethik und Recht in der Medizin veranstaltet die Österreichische Plattform Patientensicherheit eine Tagung, um sich intensiv mit den Fragen und Problemen zu beschäftigen, die sich im Zusammenhang mit der Behandlung und Betreuung im Rahmen der Flüchtlingshilfe stellen. Zahlreiche Experten konnten als Referenten gewonnen werden. Im Zentrum steht vor allem auch die Sicherheit der Mitarbeiter der Gesundheitsberufe, die solche Aufgaben übernehmen. Zunächst wird erörtert, mit welchen migrationsbedingten Erkrankungen zu rechnen ist und welche Maßnahmen die Mitarbeiter im Gesundheitsbereich bzw. die Träger der Krankenanstalten vorsorglich treffen können. Wichtig ist bei der Behandlung und Betreuung

von Menschen auf der Flucht besonders zu achten? Ist ein spezieller Impfschutz notwendig? Wichtig ist es vor allem, auch auf die Ängste der Mitarbeiter einzugehen, die möglicherweise Sorge vor körperlichen Übergriffen haben.

Aus rechtlicher Perspektive im Zusammenhang mit Mitarbeitersicherheit stellen sich vor allem haftungsrechtliche Fragen wie jene nach dem Versicherungsschutz der freiwillig helfenden Gesundheitsberufe. Geklärt ist nunmehr die Frage, ob und ab welchem Zeitpunkt Menschen auf der Flucht in Österreich krankenversichert sind. Was passiert aber mit Menschen „sans papier“ (das sind jene, die kein Asyl haben und als so genannte „U-Boote“ in Österreich leben), wenn sie medizinische Hilfe benötigen?

Neben der Qualität der Behandlung und Betreuung ist die Sprache natürlich ein zentraler Punkt. Es bedarf professioneller Dolmetscher, die unbeeinflusst und richtig übersetzen können. Idealerweise sollten diese vor Ort sein. Dies ist aber oft – vor allem in den derzeit gefragten Sprachen (Arabisch, Syrisch, Pashtu etc.) – nicht mach- oder planbar. Dann ist es sinnvoll,

Videodolmetscher einzusetzen. In Deutschland gibt es dazu bereits ein Modellprojekt: Es wurden Container entwickelt, die medizinische Ausrüstungen enthalten und mit Videodolmetschern verbunden sind. So ein Container ist innerhalb kurzer Zeit reproduzierbar und kann an jeden gewünschten Ort gebracht werden.

Besondere Aufmerksamkeit sollten Angehörige der Gesundheitsberufe im Rahmen der Flüchtlingshilfe auch auf mögliche Gewalteinwirkung oder Folterspuren lenken. In diesen Fällen kommt das Istanbul-Protokoll zur Anwendung, welches ein spezielles Procedere vorsieht. Ganz zentral ist bei der Flüchtlingshilfe die Beachtung der migrationsbedingten psychischen Störungen und die Traumabehandlung der Menschen auf der Flucht. Aber auch für die helfenden Gesundheitsberufe, für welche ihr Einsatz oftmals eine schwere psychische Belastung darstellt.

Daher ist es von großer Bedeutung, auf die Mitarbeitersicherheit zu achten und einerseits die notwendigen Ressourcen, aber auch Hilfe für die Helfenden zur Verfügung zu stellen.



Dr. Maria Kletečka-Pulker
Geschäftsführerin
Plattform Patientensicherheit

Nähere Informationen:
www.plattformpatientensicherheit.at
www.videodolmetschen.com

Die vergessene Epidemie: Warum die Nephrologie zum Allgemeinmediziner getragen werden muss

In den USA betragen die Ausgaben für die Behandlung akuter Nierenerkrankungen fünf Prozent der gesamten Krankenhauskosten. Die Niere wird oft als das „vergessene Organ“ bezeichnet. Im Gespräch mit dem PERISKOP beschreibt der neue Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Nephrologie, Prim. Prof. Dr. Karl Lhotta, die akute Nierenerkrankung als die „vergessene Epidemie“ und geht auf den Allgemeinmediziner als Schnittstelle zur Nephrologie ein.

Von Mag. phil. Fabian Frühstück, Bakk. phil.

PRIM. PROF. DR. KARL LHOTTA
Präsident der Österreichischen
Gesellschaft für Nephrologie



Diagnose? Welche therapeutischen Schritte sind einzuleiten, um eine Progression der Nierenerkrankung und kardiovaskuläre Erkrankungen zu verhindern? Man muss die Nephrologie zum Allgemeinmediziner tragen. Ungefähr 90 Prozent der Nephrologie können und sollen dort stattfinden. Leider geschieht außer in der Steiermark, Vorarlberg und Kärnten noch relativ wenig in Bezug auf die Umsetzung der „Niere 60/20“-Initiative. Wir hoffen, dass andere Bundesländer sich beteiligen werden, wenn sie unsere Erfolge registrieren. Dass rechtzeitige Diagnose und Therapie von Nierenerkrankungen wirksam sind, zeigt sich an den zuletzt sinkenden Zahlen von neuen Dialysepatienten. Das betrifft insbesondere Patienten mit Diabetes.

P: Wie wichtig sind Zusammenspiel und Informationsaustausch zwischen Patienten und Allgemeinmediziner?

Lhotta: Jeder Risikopatient – dazu gehören Menschen mit Diabetes, hohem Blutdruck oder Übergewicht – sollte so früh wie möglich einen Allgemeinmediziner aufsuchen. Dieser sollte das Screening und die wichtigsten Therapieeinstellungen selbst ausführen können und bei Bedarf einen Facharzt für Innere Medizin oder Nephrologie beiziehen. Falls eine Nierensatztherapie notwendig werden sollte, ist Patienteninformation der Österreichischen Gesellschaft für Nephrologie ein wichtiges Anliegen. Jeder Patient muss die gleiche Chance zur Auswahl der Nierensatztherapie erhalten, egal ob er aus dem Bregenzwald oder vom Neusiedlersee kommt. Alle Betroffenen müssen objektive und aus-

P: Damit würde es in einem zweiten Bundesland umgesetzt. Gibt es bereits Ideen, um „Niere 60/20“ österreichweit bekannter zu machen und mehr Bundesländer an Bord zu holen?

Lhotta: Wir wollen das Projekt hauptsächlich den Praktikern und den Fachärzten für Innere Medizin präsentieren. Worum geht es? Wer soll auf eine chronische Nierenerkrankung anhand eines Blut- und eines Harntests untersucht werden? Was sind die Konsequenzen einer positiven

PERISKOP: Nach der Amtszeit von Prim. Univ.-Prof. Dr. Alexander Rosenkranz wurden Sie im Oktober 2015 zum neuen Präsidenten der Österreichischen Gesellschaft für Nephrologie gewählt. Welche Pläne und Strategien verfolgen Sie?

Lhotta: Eine Sache, die mir sehr am Herzen liegt, ist das „Niere 60/20“-Modell. Etwa zehn Prozent der erwachsenen Bevölkerung haben eine chronische, meist leichte Nierenschädigung. Das Projekt „Niere 60/20“ forciert die Früherkennung und die rechtzeitige Diagnose einer chronischen Nierenerkrankung bei Risikopatienten anhand einer Reduktion der Nierenfunktion auf 60 Prozent oder einer erhöhten Eiweißausscheidung im Harn. Die optimierte Versorgung der Betroffenen soll eine Verschlechterung der Nierenfunktion und

ein terminales Nierenversagen möglichst verhindern oder zumindest verzögern. Patienten mit einer chronischen Nierenerkrankung haben ein extrem hohes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse. Eine frühe Diagnose ermöglicht daher auch rechtzeitige therapeutische Interventionen zur Verhinderung von Herzinfarkt oder Schlaganfall. Die entsprechenden Maßnahmen sollen von den Hausärzten umgesetzt werden. Bei einer Einschränkung der Nierenfunktion auf 20 Prozent wird der Patient in die nephrologische Betreuung übernommen und auf die Nierensatztherapie vorbereitet. Wichtig ist, dass der informierte Patient in Abstimmung mit den Ärzten selbst sein Therapieverfahren auswählen kann. Das Projekt ist in der Steiermark bereits angelaufen und in Vorarlberg sind wir auch

gewogene Informationen sowie Zugang zu den verschiedenen Therapiemöglichkeiten erhalten. Institutionen, die Therapieverfahren wie die Bauchfelldialyse nicht anbieten, sollten Patienten an ein nephrologisches Zentrum überweisen. Der Patient hat ein grundlegendes Recht darauf, sich selbst für die Hämodialyse oder Bauchfelldialyse zu entscheiden.

P: Ist jeder Patient für eine Nierentransplantation geeignet?

Lhotta: In Österreich sind etwa 25 Prozent aller Dialysepatienten auf der Transplantationswarteliste. Die anderen 75 Prozent sind entweder zu alt oder so schwer krank, dass sie nicht als Empfänger infrage kommen. Die Transplantation wäre für sie zu gefährlich. Für eine optimale Versorgung mit Spenderorganen sind die Organisation des Spenderwesens und die Spenderidentifikation von großer Bedeutung. Natürlich gibt es immer Verbesserungsbedarf, aber die Zahl der Transplantationen ist in Österreich in den letzten Jahren wieder deutlich gestiegen, die Wartelisten und Wartezeiten werden kürzer. Vorarlberg hat übrigens mit 625 eine der weltweit höchsten Zahlen an nierentransplantierten Patienten pro Million Einwohner.

P: Sind die Bundesländer bei der Spenderidentifikation unterschiedlich effektiv?

Lhotta: Es gibt Unterschiede. Dies kann man anhand der Spender pro Million Einwohner in den Bundesländern gut erkennen. Die Tendenz steigt aber in allen Bundesländern und wir sind meiner Meinung nach auf einem sehr guten Weg. Speziell wenn man Österreich mit anderen Ländern, insbesondere Deutschland, vergleicht. Bei unseren Nachbarn herrschen leider dramatische Zustände, was die Wartezeit auf eine Transplantation betrifft. Ein Bereich, in dem wir noch Verbesserungspotenzial haben, ist die Transplantation durch Nierenlebendspende.

P: Neben der chronischen spielt die akute Nierenerkrankung eine große Rolle in der Nephrologie. Wie ist hier der aktuelle Stand in Österreich?

Lhotta: Ich bezeichne die akute Nierenerkrankung gerne als die „vergessene Epidemie“ in der Nephrologie. Internationalen Studien zufolge liegt die Inzidenz von Patienten mit einem akuten Nierenversagen, das mittels Nierensatztherapie behandelt werden muss, bei 300 bis 500 pro Million Einwohnern. Während die Zahl der neuen chronischen Dialysepatienten sinkt, steigt jene der akuten Nierenversagen jährlich um sieben bis zehn Prozent. Man schätzt,

dass auf jeden Patienten mit einem dialysepflichtigen Nierenversagen zehn bis 20 mit einer akuten Nierenschädigung geringeren Ausmaßes kommen. Eine Hälfte wird bereits mit der akuten Nierenschädigung aufgenommen, die andere Hälfte entwickelt die Erkrankung während des Aufenthalts im Krankenhaus. Für das akute Nierenversagen gilt: Es ist häufig, es ist gefährlich und – besonders wichtig – es wäre fast immer zu verhindern. Die Behandlung dieser Patienten ist zudem sehr teuer.

P: Wie kommt es zu akutem Nierenversagen?

Lhotta: Die akute Nierenerkrankung ist immer eine Folge eines anderen Ereignisses, meist sogar mehrerer Faktoren. Besonders ältere Patienten mit Diabetes, Herzerkrankungen oder anderen chronischen Leiden sind bedroht. Diese nehmen häufig auch blutdrucksenkende Medikamente oder Diuretika ein. Kommt es nun zu einem akuten Ereignis wie einer Durchfallerkrankung oder Infektion mit Flüssigkeitsmangel, kann die Blutversorgung der Niere zusammenbrechen. Auch wenn der Serumkreatininwert innerhalb einer Woche nur um 0,5 mg/dl steigt, wird

bereits von einer akuten Nierenschädigung gesprochen. Das ist nicht harmlos, selbst bei der leichtesten Form der akuten Nierenerkrankung steigt die Mortalität drastisch an. Neben der Mortalität wachsen auch die Kosten für die Behandlung dieser Patienten. Studien belegen, dass Patienten mit akuter Nierenerkrankung bis zu sechs Tage länger im Krankenhaus verbringen müssen und intensivere und teurere Therapien benötigen. Zahlen aus den USA zeigen, dass fünf Prozent der gesamten Spalkkosten von Patienten mit akuter Nierenerkrankung verursacht werden. In England macht die Behandlung von Patienten mit akuter Nierenerkrankung sogar ein Prozent des gesamten National-Health-Service-Budgets aus. Das ist etwa gleich viel wie die Kosten für die Behandlung aller Patientinnen mit Mammakarzinom und Patienten mit Prostatakarzinom gemeinsam. Diesem Thema muss man sich schon aus ökonomischer Sicht unbedingt widmen.

P: Wie kann man eine akute Nierenschädigung verhindern?

Lhotta: Die Schnittstelle ist hier wieder der praktische Arzt im niedergelassenen Bereich. Der Praktiker muss den Risikopatienten identifizieren und mit geeigneten

Maßnahmen gegensteuern, bevor er in eine Akutsituation hineintrifft. Wir haben im LKH Feldkirch die letzten 130 Patienten mit dialysepflichtigem akutem Nierenversagen an der nephrologischen Abteilung analysiert. Bei 75 Prozent davon war genau die beschriebene Problematik der Fall. Ein etwas älterer Patient, im Schnitt ungefähr 70 Jahre alt, mit chronischer Begleiterkrankung, dann ein Akutereignis mit Flüssigkeitsverlust, zusätzlich Medikamente, die die Nierendurchblutung beeinträchtigen, und schon ist es passiert. Das Pausieren der Einnahme der Medikamente, verbunden mit der Sicherstellung einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr während der akuten Erkrankung, könnte wahrscheinlich viele dieser schwerwiegenden Komplikationen verhindern. Schon im Vorfeld, am besten bei der Medikamentenverschreibung, sollte der behandelnde Arzt mit dem Hochrisikopatienten über Szenarien sprechen, bei denen eine akute Nierenschädigung droht, und darüber, was in diesem Fall zu tun ist. Ähnliches gilt natürlich auch für Ärzte im Krankenhaus, die in der Lage sein müssen, den Hochrisikopatienten zu identifizieren und Maßnahmen zu treffen, die eine Nierenschädigung verhindern. Genau so wie für „Niere 60/20“ bei chronischen Nierenerkrankungen gilt zur Verhinderung der akuten Nierenschädigung: Bewusstsein schaffen, Risikopatienten identifizieren, die Niere vor weiterer chronischer oder akuter Schädigung bewahren.

P: Was planen Sie, um die Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu verbessern?

Lhotta: In England gibt es Informationsverbreitungs-Projekte hinsichtlich der Verhinderung von akuter Nierenschädigung. Jede Person, die als Risikopatient eingestuft wird, erhält vom Arzt oder Apotheker zugleich mit dem Medikament ein Infoschreiben, das aufzeigt, was in welchem Fall vom Patienten zu tun ist. Mit welchen Medikamenten eventuell zu pausieren ist. Das ist zwar ein guter Ansatz, meiner Meinung nach jedoch etwas zu breit gefächert. Man sollte sich mehr auf die Hochrisikogruppe konzentrieren. Wir planen dazu in Vorarlberg ein Pilotprojekt mit einer kleineren Gruppe von Ärzten, um einmal zu sehen, um wie viele Patienten es sich handelt und wie oft eine Akutsituation, die zu Maßnahmen zwingt, überhaupt auftritt. Wir wollen das zunächst in enger Kooperation zwi-

schen Arzt und Patient machen. Das heißt, der Patient hält immer als Erstes Rücksprache mit seinem Hausarzt. Erst wenn wir sehen, dass so ein Projekt funktioniert und sinnvoll ist, kann an eine großflächige Ausdehnung gedacht werden. Das Wichtigste dabei ist: Bewusstsein schaffen bei Medizinern und Patienten. ■



BioBox:

Prim. Prof. Dr. Karl Lhotta wurde 1957 in Brixlegg (Tirol) geboren und promovierte 1984 zum Doktor der gesamten Heilkunde. Nach der Turnusausbildung 1987 in Innsbruck wurde Lhotta 1992, nach der Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin, das Facharzt Diplom verliehen. Zwischen 1992 und 1994 absolvierte er die Ausbildung der Nephrologie an der klinischen Abteilung für Nephrologie Innsbruck. Im Jahr 1999 erhielt Prim. Prof. Dr. Karl Lhotta die Lehrbefugnis als Universitätsdozent für Innere Medizin. Seit 2008 ist er Primararzt der Abteilung für Nephrologie und Dialyse am Akademischen Lehrkrankenhaus Feldkirch und Leiter der Arbeitsgruppe Nephrologie am Vorarlberger Institute for Vascular Investigation and Treatment (VI-VIT). Lhotta wurde im Oktober 2015 zum Präsidenten der Österreichischen Gesellschaft für Nephrologie gewählt.



Präsentation Zukunftsforum Onkologie: drei Projekte – ein Ziel

ZUKUNFTS
FORUM
ONKOLOGIE

Gemeinsam mit der Schweizerischen Botschaft lud Roche Austria am 14. Jänner zur Projektpräsentation des Zukunftsforums Onkologie in die Residenz der Schweizerischen Botschaft. Im Anschluss an die Begrüßung durch Botschafter Christoph Bubb folgten eine Zusammenfassung der bisherigen Aktivitäten und die Nominierung jener drei Projekte, die im Rahmen der Initiative Zukunftsforum Onkologie mit Unterstützung von Roche Austria umgesetzt werden sollen. Mag. Hanns Kratzer, PERI Consulting, führte durch den Abend und moderierte den angeregten Gedankenaustausch mit einer hochkarätigen Gästeschaft.

Von Maximilian Kunz, MAS, MBA

Rückblick: Was bisher geschah

Bis Anfang der 2000er-Jahre sind die Inzidenzraten bei Krebs gestiegen. Zeitgleich ist die Mortalität um 26 Prozent gesunken. Demnach gewinnt die laufende Optimierung der Versorgung aufgrund der immer älter werdenden Bevölkerung – die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung steigt mit zunehmendem Alter – für Patient und System rasant an Bedeutung. Vor diesem Hintergrund wurde auf Initiative von Roche Austria die interdisziplinäre und multiprofessionelle Plattform „Zukunftsforum Onkologie“ ins Leben gerufen, die nicht nur die bisherige Evolution der heimischen Krebsversorgung beobachtet, sondern auch Awareness gegenüber künftigen Herausforderungen schafft und potenzielle Systemoptimierungsmaßnahmen prüft bzw. erarbeitet. Erstmals

tagten die Teilnehmer im April 2014 unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Mag. Matthias Beck, Dr. Thomas Czypionka sowie Dr. Sepp Rieder und tauschten ihre Erkenntnisse anschließend in regelmäßigen Ausschüssen unter den Aspekten Medizin bzw. Ethik, Gesundheitsökonomie und Struktur aus. Ein bedeutender Meilenstein war die Präsentation der bei diesem Prozess erlangten Erkenntnisse in Form des Expertenpapiers „Sechs Chancen für eine patientenorientierte Krebsversorgung in Österreich“, das im August 2015 im Rahmen eines Gipfelgesprächs auf der Schafalm in Alpbach vorgestellt wurde. Die Ausrichtung des Gesprächs zielte auf die Möglichkeiten, das hohe Qualitätsniveau zu halten bzw. zugunsten der Patienten weiterzuentwickeln, ab. Richtungsweisend für Chancenpapier und Diskussion wa-

ren drei zentrale Elemente: Der Patient als Individuum soll im Mittelpunkt stehen, die Ressourcenallokation laufend optimiert und die Forschung stetig weiterentwickelt werden. Die sechs Chancen umfassen: Krebs verstehen, Vorsprung durch Fortschritt, Fokus Mensch, Leben 2.0 – Leben mit und nach dem Krebs, Lebensqualität zählt, Vernetzung hilft.

Wiedereingliederung und interdisziplinäre Netzwerke

Der Einladung in die Residenz der Schweizerischen Botschaft folgten zahlreiche Experten. Entsprechend angeregt war die Diskussion, die von Mag. Hanns Kratzer, PERI Consulting, moderiert wurde. Neben der unbedingten Notwendigkeit des interdisziplinären Netzwerkens war Wiedereingliederung dabei ein zentrales Thema.



v. l.: SE Christoph Bubb, Thomas Czypionka, Richard Crevenna, Walter Berger, Rudolf Mallinger, Helga Thurnher, Sepp Rieder, Ines Vancata, Regula Bubb, Reinhard Riedl, Veronika Mikl, Hanns Kratzer, Wolfram Schmidt

Drei Projekte, ein Ziel

Mit dem Ziel, die Situation im Bereich der onkologischen Versorgung weiterzuentwickeln, wurden die Mitwirkenden des Zukunftsforums Onkologie, die Teilnehmer des Gipfelgesprächs sowie alle Interessierten (über einen Aufruf in der letzten PERISKOP-Ausgabe) dazu aufgefordert, Ideen und Vorschläge, die zu einer Optimierung im Sinne des Gesamtprozesses beitragen, einzureichen. In nur wenigen Wochen konnten zahlreiche Ideen gesammelt und den sechs definierten Chancen zugeordnet werden. Roche Austria wählte aus den eingelangten Ideen drei besonders hervorstechende aus und evaluiert die Umsetzung dieser in einem weiteren Schritt.

Das **erste Projekt** ist der ersten Chance im Chancenpapier, „Krebs verstehen“, zuzuordnen. Dabei handelt es sich um ein Projekt auf regionaler Ebene, das sich mit Themenkreisen rund um Health Literacy sowie der Vermittlung von qualitativ hochwertigem Wissen beschäftigt und zudem die Ausarbeitung von Informationsaustausch- und Awareness-Kampagnen fördern soll.

Das **zweite Projekt** widmet sich der vierten Chance aus dem Chancenpapier, „Leben 2.0 – Leben mit und nach dem Krebs“. Ebenfalls auf regionaler Ebene beschäftigt es sich mit der Wiedereingliederung nach einer Erkrankung sowie effizienter Rehabilitation und Nachsorge. Hier gibt es bereits ganz konkrete Gespräche mit Roche zur Unterstützung einer entsprechenden Initiative in Oberösterreich.

Beim **dritten Projekt** – es widmet sich der sechsten Chance, „Vernetzung hilft“ – geht es um den Einsatz moderner Telekommunikationsmittel. Themen wie Big Data und transdisziplinäre Forschung sind in diesem Zusammenhang längst nicht mehr wegzudenken und werden künftig weiter an Bedeutung gewinnen. Hier kann Roche umfassendes Know-how sowie bereits in der Vergangenheit gestartete regionale Initiativen einbringen und so entscheidend zur Umsetzung künftiger Projekte beitragen.

„In schwierigen Situationen besteht die Gefahr, dass sich Betroffene zurückziehen und es dadurch für sie noch schlimmer wird. Auch wenn gerade wir in der Forschung dem oft nicht genug Aufmerksamkeit schenken: Eine ganzheitliche Therapie ist essenziell! In der Forschung muss der Grad der Interdisziplinarität dringend ausgebaut werden – einerseits in Form der Vernetzung untereinander, andererseits, um das weltweit vorhandene Datenvolumen und damit das Wissen daraus gewinnbringender nutzen zu können.“

Univ.-Prof. Dr. Walter Berger
Institut für Krebsforschung an der
MedUni Wien

„Die Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen mit unterschiedlicher Wertebeziehung ist in der Praxis schwierig, aber entscheidend für die Optimierung der Behandlung für die Menschen. Der Gewinn durch die zusätzlichen Informationen durch Big Data birgt ausgesprochen viel Potenzial in sich. In diesem Zusammenhang ist es dringend notwendig, dieses Potenzial unter Wahrung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Menschen umfassend zu nutzen.“

Prof. Dr. Reinhard Riedl
wissenschaftlicher Leiter des Fachbereichs
Wirtschaft der FH Bern, Schweiz

„Im Rahmen der modernen Medizin wird für den Menschen als Einzelpersonlichkeit Big Data immer entscheidender. Der Mensch liefert Labor- und andere Daten, messbare Daten. All diese zu analysieren und



„daraus die richtigen Schlüsse zu ziehen ist die Herausforderung, die über Big Data angegangen werden kann und muss. Dafür bedarf es zahlreicher Spezialisten. In Bezug auf interdisziplinäre Zusammenarbeit ist Onkologie ein gutes Beispiel dafür, wie dadurch gute Ergebnisse für den Patienten erzielbar sind.“

Univ.-Prof. Dr. Rudolf Mallinger
Karl Landsteiner University of
Health Sciences, Krems



„Sich in die Denkweise einer anderen Disziplin hineinzuversetzen ist eine Herausforderung. Ein gutes Beispiel dafür, wie man mit dieser Herausforderung umgehen kann, zeigt das Vienna Biocenter. Hier treffen Grundlagenforschung und technische Bereiche zusammen und liefern eindrucksvolle Ergebnisse. Das Zukunftsforum Onkologie ist ein gutes Beispiel für eine Wechselbeziehung von Pharmaindustrie, Forschung und Praxis zum Wohle der Patienten.“

Dr. Sepp Rieder
Leiter des Arbeitsausschusses Struktur
des Zukunftsforums Onkologie

„Wiedereingliederung nach einer Krebserkrankung ist sehr umfangreich. Sie muss aber das Ziel für die Patienten sein, denn Krebs wird durch die Möglichkeiten moderner Onkologie immer mehr zu einer chronischen Erkrankung. Die dafür notwendige Rehabilitation bedeutet heute nicht nur mehr Lymphdrainage, sondern ist eine Verschränkung von Mobilisierung, Aktivierung, Training und Information, wodurch die Patientinnen und Patienten befähigt werden sollen, möglichst rasch und sicher am Sozial- bzw. Berufsleben wieder teilhaben zu können. Gerade „return to work“ wird dabei ein immer wichtigeres Thema in unseren Forschungsbemühungen.“

Univ.-Prof. Dr. Richard Crevenna
Ambulanz für Onkologische Rehabilitation,
Medizinische Universität Wien/AKH



„Wir bieten unseren Patienten seit Jahren Kurse zur Mobilisierung und zum Training an (wie z. B. den Qi Gong-Kurs im Wilhelminenspital), die sehr gut angenommen werden. Ich weiß aber, dass es oft schwierig ist, die Menschen für derartige Aktivitäten zu begeistern. Zudem gehört das Bewusstsein für Krebsvorsorge und Vorsorgeuntersuchungen gestärkt. Bei den 45–55-Jährigen – und da insbesondere Frauen – muss man sagen, dass diese kaum Chancen haben, wieder ins Berufsleben zurückzukehren.“

Helga Thurnher
Selbsthilfe Darmkrebs
www.selbsthilfe-darmkrebs.at



„Bisher wurde immer der Patient beleuchtet, doch man muss weiter über den Tellerrand blicken: Auch das individuelle Umfeld braucht Beachtung. Eine wichtige Rolle nehmen etwa Arbeitgeber ein. Große Unternehmen haben hier die Möglichkeit, ihre Mitarbeitenden in unterschiedlichen Bereichen zu unterstützen, sei es durch Vorsorgemaßnahmen, sei es im Rahmen einer Wiedereingliederung nach einer Krebserkrankung. Das Thema Wiedereingliederung birgt sicherlich enormes Potenzial in sich.“

Dr. Wolfram Schmidt
Roche Austria GmbH



Ein Almanach des österreichischen Gesundheitssystems

Mit dem Jahrbuch für Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft „Gesundheit 2015“ ist bereits zum siebenten Mal ein kompaktes Nachschlagewerk zu den wichtigsten Eckpunkten der heimischen Gesundheitswirtschaft erschienen. Nicht nur äußerlich – das Cover wurde komplett überarbeitet –, sondern auch inhaltlich wurde das Compendium zur Gänze neu ausgerichtet. Publiziert wurde es von der Plattform Gesundheitswirtschaft Österreich, einer Initiative der Wirtschaftskammer Österreich, gemeinsam mit Sanofi.

Von Maximilian Kunz, MAS, MBA



v. l.: Nicola Bedington, Generalsekretärin des European Patients' Forum, Mag. Ulrike Rabmer-Koller, Präsidentin des Hautverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, Mag. Sabine Radl, Geschäftsführerin Sanofi Österreich, Dr. Martin Gleitsmann, Leiter der Abteilung für Gesundheits- und Sozialpolitik in der Wirtschaftskammer, Dr. Pamela Rendi-Wagner, Leiterin der Sektion III, Öffentliche Gesundheit, im Bundesministerium für Gesundheit, MMag. Maria Hofmarcher-Holzhaacker, Ökonomin und Gesundheitssystemexperten

„Mit der sowohl inhaltlichen als auch gestalterischen Überarbeitung ist es uns gelungen, ein Format zu finden, in dem zahlreiche gesundheitspolitische Entscheidungsträger zu Wort kommen und außerdem die thematischen Schwerpunkte der Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft eine stärkere Ausprägung finden“, so Mag. Sabine Radl, Geschäftsführerin bei Sanofi Österreich. Seit dem erstmaligen Erscheinen des Jahrbuches 2009 habe sich zwar viel getan – Stichwort Gesundheitsreform –, in vielen Bereichen gebe es aber nach wie vor Handlungsbedarf, betonte Dr. Martin Gleitsmann, Leiter der WKÖ-Abschnitts- und Sozialpolitik. „Es sind Schritte da, aber das Tempo ist immer noch zu langsam. Gerade bei chronischen Krankheiten wie Diabetes muss man sich bei Prävention und Aufklärung wirkungsvoll ansetzen. Die nötigen Änderungen könnten schneller vorgehen“, so das Resümee von Gleitsmann.

Volkkrankheiten im Fokus – neue Antworten auf alte Probleme? Das war der Titel einer gesundheitspolitischen Debatte, welche die Themenbereiche Zivilisationskrankheiten und Prävention in den Mittelpunkt stellte. Daran nahmen

neben der neuen Vorsitzenden in Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Mag. Ulrike Rabmer-Koller, auch die Generalsekretärin des European Patients' Forum, Nicola Bedington, sowie die Ökonomin und Gesundheitssystemexperte MMag. Maria Hofmarcher-Holzhaacker teil. Priv.-Doz. Dr. Pamela Rendi-Wagner, Leiterin der Sektion III für öffentliche Gesundheit und medizinische Angelegenheiten im Gesundheitsministerium, komplettierte die Runde und eröffnete mit den drei großen Herausforderungen des heimischen Gesundheitssystems: „Statistik Austria und WHO melden laufend erhöhte Lebenserwartungszahlen bei zeitgleich weniger gesunden Jahren – die Jahre, die wir Österreicher im Schnitt in Krankheit verbringen, nehmen also weiterhin zu. Parallel wachsen die jährlichen Gesundheitsausgaben überproportional zum Bruttoinlandsprodukt. Hinzu kommt der generell enorme Ressourceneinsatz im heimischen Gesundheitssystem mit nur mittelmäßigem Outcome. Ein Lösungsansatz für diese wachsenden Diskrepanzen wäre es, den Fokus von der Reparaturmedizin zunehmend auf eine Steigerung der Gesundheitskompetenz zu verlagern. Schließlich wissen wir, dass

Rückenproblemen. Viele dieser Erkrankungen ließen sich durch einen bewussten und gesunden Lebenswandel vermeiden. Es gilt also Maßnahmen zu setzen, dass die Menschen länger gesund leben, um nicht mit zunehmenden Kosten im Rahmen der Bevölkerung zu kämpfen.“



könnte man deutlich die Koordinierung der Versorgung und die Gesundheitsergebnisse verbessern. Das European Patients' Forum versteht sich als Dachorganisation nationaler Patientenorganisationen. „Unsere Vision ist direkte Qualität und patientenorientierte Gesundheitsdisziplin für alle europäischen Patienten. Vor diesem Hintergrund konzentriert sich unsere Arbeit in Brüssel auf Interessenvertretung im Namen der Patienten mit Fokus auf Health in all Policies. Um etwas erreichen zu können, brauchen wir evidenzbasierte Daten. Unsere wichtigsten Anliegen sind Patient-Empowerment und Patient-Access“, schloss Nicola Bedington ab. Einigkeit herrschte unter den Diskutanten dahingehend, dass alle Beteiligten im Gesundheitssystem an einem Strang ziehen müssten, die Gesundheitskompetenz erhöht gehöre und derzeit für die Prävention von Zivilisationskrankheiten zu wenig Mittel zur Verfügung stünden. ■

Bildung – neben dem sozioökonomischen Status – die wichtigste Determinante für das Gesundheits-Outcome einer Bevölkerung ist“, so Rendi-Wagner. Dass Prävention immer wichtiger wird und ganze 80 Prozent der Krankheitslast durch einen adäquaten Lifestyle zu verhindern wären, knüpfte HVB-Vorsitzende Mag. Ulrike Rabmer-Koller an: „Bei der Anzahl der Jahre, die wir in Gesundheit verbringen, liegt Österreich nach wie vor unter dem OECD-Durchschnitt. Eine Ursache sind stark zunehmende Zivilisationskrankheiten. Wir müssen deshalb im Gesundheitssystem noch viel stärker auf Prävention statt auf eine Reparaturmedizin setzen. Die Zahlen sprechen für sich: 600.000 Menschen mit Diabetes, 1,45 Mio. Menschen mit Bluthochdruck und 1,75 Mio. Menschen mit

handlung von Krankheiten konfrontiert zu werden“, so Rabmer-Koller. „Gesundes Altern beginnt schon bei der Geburt“, knüpfte Ökonomin MMag. Maria Hofmarcher-Holzhaacker an und forderte die Verbesserung des Gesundheitswesens bei der Versorgung über den Lebenszyklus. Die „Quick-Fix-Orientierung“ unseres Systems muss überwunden werden: „Ein nachhaltiger Ausbau unseres Gesundheitssystems ist notwendig, leistbar und eine zukunftsorientierte Investition. Dafür müssten zunächst die Strukturen angepasst werden, insbesondere systemseitig“, so Hofmarcher-Holzhaacker. Zum Beispiel wäre es sinnvoll und möglich, die Finanzmittel zumindest für die ambulante Versorgung zu bündeln und in Abstimmung mit anderen Sozialausgaben an entsprechende Leistungserbringer auszuschütten. Damit

Nachruf



Die PERI Group trauert um den Ärztlichen Direktor und leitenden Arzt der WGKK Prim. Prof. Mag. Dr. Reinhard Marek, der am 13. Jänner 2016 völlig überraschend verstorben ist.

Marek wurde am 2. Oktober 1953 in Neufeld an der Leitha im Burgenland geboren. Nach seinem Medizinstudium an der Universität Wien trat er 1979 als Sekundararzt im Wiener Hanuscher Krankenhaus den ärztlichen Dienst an.

1986 wechselte er in die Chefärztliche Station, wo er vorerst als Chefärztlicher Assistent tätig war. 1992 erfolgte die Bestellung zum Leitenden Arzt der Wiener Gebietskrankenkasse mit dem Diensttitel „Ärztlicher Direktor“. Die Wiener Gebietskrankenkasse hat Marek über Jahrzehnte geprägt. Im November 2004 wurde er zum ärztlichen Leiter des Gesundheitszentrums Wien-Stüd mit dem Diensttitel „Primarius“ bestellt, im Mai 2006 wurde ihm durch Entschließung des Bundespräsidenten der Berufstitel „Professor“ verliehen.

„Wir betrauern den Verlust eines Mannes, der durch seine Toleranz und Ausgeglichenheit ein Beispiel für uns alle war. Sein Tod bedeutet für uns den Verlust eines selbstlosen Freundes, der stets mit Empathie an unserer Seite war und sich bedingungslos für alle eingesetzt hat, die ihn um Hilfen baten. Reinhard war stets darum bemüht, die besten Lösungen für Patienten zu finden und das Gesundheitssystem nachhaltig auszurichten. Das Wohl der Patienten stand immer im Mittelpunkt seines Schaffens“, so

Dr. Dietmar Steinbrenner, ein guter Freund und Kollege.

Neben seiner Tätigkeit als Ärztlicher Direktor übte Marek viele weitere Funktionen im Wiener Gesundheitswesen aus. So wurde er ab Juni 2010 als ordentliches Mitglied in den Landessanitätsrat für Wien für die Funktionsperiode 2010 – 2013 entsandt. Mit dem Tod von Reinhard Marek verliert die österreichische Gesundheitslandschaft eine beispielhafte Persönlichkeit. „Der regelmäßige Austausch mit den Leitenden Ärzten der Krankenkassen war seit meinem Eintritt in die Gesundheitswirtschaft wesentlicher Teil meiner Aufgaben, und ebenso lange habe ich in Reinhard Marek einen stets verständnisvollen und hoch kompetenten Ansprechpartner gefunden“, zeigt sich Mag. Hanns Kratzer, Geschäftsführer von PERI Consulting, tief betroffen. In dieser schweren Zeit spricht die PERI Group der Familie und den Angehörigen ihr höchstes Mitgefühl aus.

SERVITEN RUNDE

Pushing for changes – the current status of public health in Austria

The 2011 report by the London School of Economics (LSE): "Public Health in Austria – An Analysis of the Status of Public Health" uncovered areas in need of improvement in the public health sector in Austria. The PERI Group launched a project, based on the original report and in cooperation with the Management Center Innsbruck (MCI) and Dr. Armin Fidler, taking a closer look at the current challenges for public health in Austria.

Von Mag. Fabian Frühstück, Bakk. phil.

Methodology

In addition to literature reviews and document analysis, revisions of Acts, Laws and Directives and a SWOT analysis, two Austrian experts were consulted (Dr. Wolfgang Dür, associate professor at the Faculty of Social Science, University of Vienna and Mag. Stefan Spitzbart, representative of "Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger") in order to get a broader understanding based on their opinion on the subject matter.

Definitions of "Public Health"

The Federal Governance Commission defines public health as a combination of scientific, organisational and political efforts with the aim to support the health of populations or defined subpopulations and to support health systems based on economic

and equity considerations¹. However, there seem to be inconsistencies, for example the definition featured on the website of the Austrian Society of Public Health (ÖGPH) lacks the economic aspect of public health. Such inconsistent terminology is one of the problems when dealing with public health in Austria. Many reports, papers and statements are only released in German, without a proper English translation. Even in German there are some major differences when it comes to a transparent translation of the term "public health". Generally, there are two terms used for "public health" in German: "Bevölkerungsgesundheit"² and "Öffentliches Gesundheitswesen"³. However, even in German these two terms have different meanings and point in a slightly different direction. It is safe to say that there is no consistently used German term,

fully in line with the English definition of public health.

Funding for Public Health in Austria

Regarding funding of public health initiatives, Austria faces a problem, which is widely known as the "Gießkannen-Prinzip". Resources are being spread out on many different, often very small projects and institutions, resulting in inefficiencies regarding scale and impact. There is also a lack of rigorous evaluation. Proper financing is often not available when a lack of information or research needs for key public health problems are identified. Without sustainable financial support, it will be impossible to build and maintain a think-tank like public health research and policy institution to raise awareness and support policy makers for important health policy issues. Channelling available resources towards stra-

tegic investments instead of financing many small unrelated projects could be a first step to raise the profile of public health in Austria.

International differences

Another challenge in the Austrian public health landscape is the lack of interconnectedness between stakeholders, opinion leaders and policy makers in different institutions (both domestically and internationally). Compared to the low profile of public health in Austria, many other European countries show highly functioning information networks and steady progress in developing their own public health structures and institutes. Information gathering and sharing is another challenge in Austria compared to other countries in Europe, both in terms of epidemiologic surveillance and policy data. For example, the UK, the Netherlands, Switzerland, and the Scandinavian countries

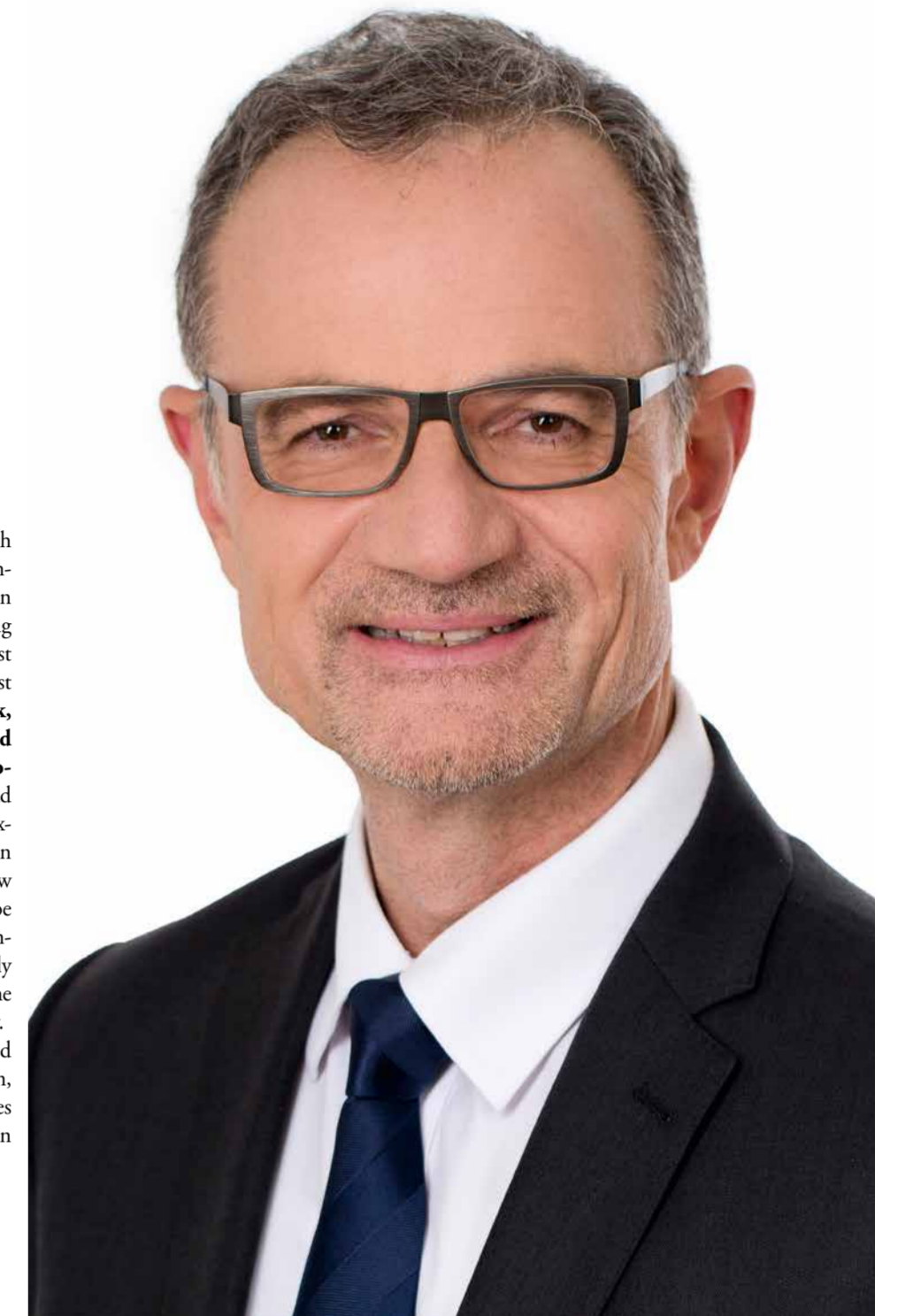
all have established public health institutes, which collect, analyse and share data. Austria in contrast, still suffers from a situation where many institutions and many stakeholders and policy makers at all levels are spread throughout the country with seemingly insufficient connections or established networks, hampered by difficult access to timely and trustworthy information for priority setting.

Outlook

In summary, the report identifies three substantial challenges for public health in Austria. First, there must be clear and commonly understood definitions, boundaries, institutional responsibilities, in addition to an appropriate German translation for the term proper. Second, sustainable financing for Public Health must be secured both at the federal and state levels and third the technical and institutional leadership void must be resolved. It would appear that the establishment of a genuine Austrian public health institute would be possible without the need to create new structures. One could argue that if the existing "Gesundheit Österreich" (GÖG) would be re-organised, given a clear structure, appropriate budget, staffing and mandate it could fulfil the

demands of policy makers for a Public Health Think Tank which focuses on research, communication and experimentation in addition to being plugged in internationally to bring to Austria international knowledge and best practice. Such institute must feature at least three pillars: **Policy and analytical work, quality assurance and communication and funding and evaluation of innovative projects.** Collaboration with foreign experts and institutions is essential to close the gap in expertise and knowledge and to put Austria on the international public health map. Such new public health think tank and institute must be led by someone who enjoys political independence, paired with the ability to aggressively drive the agenda in Austria and connect the country to similar institutions internationally. The assessment report of the MCI can be used as a helpful guideline and basis for discussion, as it aims to point at the principle challenges and some possible solutions for the Austrian public health sector. ■

¹ Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.), (2014). Gesundheitsförderungsstrategie. Vienna.
² Ladurner, 2001, p. 273
³ Bundesministerium für Gesundheit, 2015



Dr. Armin Fidler, MPH, MSc



v. l.: MCI-Students: Sophia Bilgeri, Aleksandra Kononiuk, Anastasija Sardiko, Martin Andreas Furu

Auf gut Deutsch ...

Der von der London School of Economics (LSE) publizierte Bericht „Public Health in Austria – An Analysis of the Status of Public Health“ zeigte 2011 Problemfelder und Raum für Verbesserungen im Public Health-Sektor in Österreich auf. Die PERI Group veröffentlichte, angelehnt an den Report von 2011, in Zusammenarbeit mit dem Management Center Innsbruck und Dr. Armin Fidler, einen Report, der sich in Form einer Guideline den genannten Problemen widmet und einen Blick in die Zukunft wagt. Der Bericht der Studenten definiert speziell das Fehlen einer korrekten, einheitlichen Übersetzung des Ausdrucks „Public Health“ ins Deutsche als Problematik, derer sich angenommen werden muss. Zu viele verschiedene Institutionen definieren den Begriff unterschiedlich. Statt einer einheitlichen Bedeutung entstehen verschiedenste Assoziationen. Neben der Problematik der Übersetzung bemängeln Dr. Armin Fidler und die Studenten des MCI das Fehlen einer leitenden Institution in Österreich, deren Priorität Public Health ist. Ein Blick über die Grenzen zeigt, dass die skandinavischen Länder, Großbritannien und die Schweiz einen enormen Vorsprung in der Organisation und der Struktur des Public Health-Bereichs im Gegensatz zu Österreich aufweisen. Als Lösungsvorschlag werden die gebündelte und gezielte Subventionierung von wenigen, fortschrittlichen Projekten genannt, anstatt das Verteilen der Gelder mittels „Gießkannen-Prinzip“ an etliche kleine Projekte. Weiters wäre eine finanzielle Unterstützung und Umstrukturierung der „Gesundheit Österreich GmbH“ (GÖG) der erste Schritt in die richtige Richtung. Neben der Finanzierung sind der Austausch mit anderen Ländern und Experten essenziell, um die Informationskluft zu

schließen. Als Grundgerüst der neuen Public Health Institution müssten die Pfeiler analytische Arbeit, Qualitätssicherung, Kommunikation und Erhebung sowie die Finanzierung innovativer Projekte stehen. Der Bericht kann als ein hilfreicher Leitfaden gesehen werden, der die Basis zu möglichen Diskussionen über die Herausforderungen im Public Health-Bereich liefert und zu Lösungsvorschlägen anregt. Laut den Studenten und Dr. Armin Fidler hat Österreich sehr großes Potential im Public Health-Sektor und könnte dieses durch die gezielte Förderung und einer durchdachten Umstrukturierung bestehender Institutionen umsetzen.

ÜBER DAS MCI

Das Management Center Innsbruck wurde 1995 als tragende Säule des einzigartigen Konzepts „Offene Universität Innsbruck“ gegründet. Mittlerweile hat sich das Management Center Innsbruck einen Spitzenplatz in der internationalen Hochschullandschaft erarbeitet. Mehr als 3.000 Studierende, 1.000 Dozenten, 200 Partneruniversitäten aus aller Welt sowie zahllose Absolventen und Arbeitgeber schätzen die Leistungen der Unternehmerischen Hochschule. Am Projekt beteiligte Studenten: Anna-Sophia Bilgeri, Martin Andreas Furu, Aleksandra Kononiuk und Anastasija Sardiko.

ZITTERN?

Kommt Ihnen das als DiabetikerIn bekannt vor?

SCHWITZEN?

**Unterzucker:
muss NICHT sein**

Sprechen Sie mit Ihrem Arzt

www.facediabetes.at