

periskop

Nr. 79
FEB 2018

Österreichische Post AG | FZ 092038 66 F
WellDone Werbung und PR GmbH
Lazarettgasse 19/10G4, 1090 Wien

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

»Sport als Prävention – ein Garant für die Gesundheit«

Interview mit Heinz-Christian Strache

»Brennpunkte der Gesundheitspolitik«
Gesundheitssprecher im Gespräch

»ZUHÖREN – BEITRAGEN – UMSETZEN«
So wird PRAEVENIRE 2018

People



S⁴

Sport als ideale Prävention

Heinz-Christian Strache, Vizekanzler und Bundesminister für öffentlichen Dienst und Sport, spricht mit PERISKOP über Sport als Garant für die Gesundheit: Mit mehr Bewegung bei Schulkindern, Profi-Sportlern als Role Models für Jugendliche und der Erarbeitung einer Sportstrategie Austria soll der Sport in Österreich noch mehr gefördert werden.

Sport soll eine **Vorbildfunktion** haben!.....4

Don't Feed The Troll - Social Media im Gesundheitsbereich.....6

Präzisionsmedizin ist die Zukunft der Medizin.....6

Meine **Priorität** ist der Mensch.....7

Healthcare Planning im Fokus.....8

GEMEIN[D]SAM Schulgesundheits: Zeit für grundlegende Reformen.....8



S¹⁸

Heilen statt reparieren

Pioniere

Mit 1. Jänner 2018 wurde das neue Forschungszentrum COREMED – Kooperatives Zentrum für Regenerative Medizin in Graz eröffnet und hat es sich zum Ziel gesetzt, Heilungsvorgänge zu verstehen und zu unterstützen. Das Team unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Lars-Peter Kamolz versucht, komplexe biochemische Prozesse zu entschlüsseln, und forscht an neuen Methoden der Wundheilung.

Patientensicherheit: Personal und Infrastruktur von grundlegender Bedeutung.....17

COREMED: Forschung und Entwicklung, die unter die Haut geht.....18

Führend in der **Herzinfarktforschung**.....20

Ist das österreichische Gesundheitssystem fit für die Zukunft? **Gesundheitssprecher** im Gespräch.....21



S³²

Gipfelgespräch im Sinne der Zusammenarbeit

Politik

Bei einem Gipfelgespräch im Servitenviertel definierten Mag. pharm. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr, Präsidentin der Österreichischen Apothekerkammer, und Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres, Präsident der Österreichischen Ärztekammer, die ersten Schritte einer künftigen Zusammenarbeit der beiden Kammern, damit in Zukunft mit einer Stimme zu den Patienten gesprochen wird.

Im Zeichen der **Zusammenarbeit**.....32

Reha im Wandel der Zeit.....34

Herausforderungen S⁴¹
der Zukunft



Prägnant

Vom 17. bis 19. Jänner 2018 fand auf Einladung der Österreichischen Gesellschaft für Krankenhauspharmazie und der Arbeitsgemeinschaft österreichischer Krankenhausapotheker ein dreitägiges Strategieworkshop statt. Dabei wurden Positionspapiere zu den wichtigsten vier Säulen (Einkauf, Logistik, Produktion und klinische Pharmazie) der Krankenhauspharmazie verabschiedet.



Pressekonferenz

S¹⁴

Unterstützung der Jungärzte

Performance

Mitte Februar haben sich Sozialversicherung, Bund, Länder und Ärztekammer auf ein Finanzierungsmodell für die verpflichtende Lehrpraxis von Jungärzten in Österreich geeinigt. Verpflichtende sechsmontatige Lehrpraxen sollen den Hausarztberuf künftig attraktivieren und eine wirksame Maßnahme gegen den drohenden Mangel an Allgemeinmedizinern sein.

Wir wollen die **Vorreiter in der EU** sein.....9

Medizin von **Menschen zu Menschen**.....10

Herzschwäche in Zahlen.....13

Lehrpraxen sollen Hausarztberuf attraktiv machen.....14



S²⁵

Hindernisse bewältigen

Am 29. Jänner 2018 fand der Auftakt zum Thema „Impfhindernisse in Österreich“ statt. Ziel dieses Zusammentreffens war die Identifikation der wichtigsten Hindernisse für die Erreichung hoher Durchimpfungsraten in Österreich. Unter der Führung von Frau Präsidentin Univ.-Prof. Dr. Ursula Wiedermann-Schmidt hat sich die Österreichische Gesellschaft für Vakzinologie zum Ziel gesetzt, die Impfungsrate in Österreich zu erhöhen.

vwf-Universitätsvorlesung 2018: Bildgebung des menschlichen Herzens.....24

Initiative gegen Impfhindernisse in Österreich.....25

GEORG-KONGRESS 2018: Onko-Rehabilitation gemeinsam in die Zukunft.....28

PRIMÄRVERSORGUNG NEU: Pilotprojekte umsetzen!.....30



S⁴⁰

Meinungsbildner involvieren

Portfolio

Das Magazin PERISKOP wird erstmals zusätzlich an rund 1.000 Journalisten in Österreich verschickt, die sich mit dem Thema Gesundheit beschäftigen. Ziel ist einerseits, der österreichischen Bevölkerung ein stärkeres Bewusstsein für Gesundheitskompetenz und Prävention zu vermitteln, andererseits Journalisten auf diese Art für Themen aus dem Bereich Gesundheitswesen zu sensibilisieren.

PRAEVENIRE 2018: **Programmaviso**.....22

BIG DATA - PRAEVENIRE Podiumsdiskussion.....36

Gesundheitskompetenz muss man fördern.....38

Sicherung der Finanzierbarkeit **innovativer Therapien** im intramuralen Bereich.....39

Jetzt Neu: Das PERISKOP geht an Meinungsbildner in den Medien.....40

IMPRESSUM

Medieninhaber:
Welldone Werbung und PR GmbH, Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien,
Tel. 01/402 13 41-0, Fax: DW-18, E-Mail: pr@welldone.at

Herausgeber:
PERI Consulting GmbH, 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

Chefredakteur:
Robert Riedl

Autoren:
Nedad Memić, Dren Elezi, Bernhard Hattinger, Dietmar Pichler, Maximilian Kunz, Nina Bennett, Susanne Lang-Vorhofer, Markus Stieckler, Klaus Schuster, Alfred Riedl, Bernhard Graf

Grafik & Layout:
Alexander Cadlet, Katharina Harringer

Fotos:
Peter Provaznik (6, Cover, S.2-3, S.4-5, S.9, S.40), Oreste Schaller (39, S.2-3, S.6, S.25-27, S.28-29, S.32-33, S.34-35), Sozialministerium / Johannes Zinner (1, S.7), Felicitas Matern (11, S.8, S.23, S.36-39), Marlene Fröhlich (4, S.10-12), BKA/Sozialministerium Aigner (4, S.2, S.14-16, S.33), Valerie Karla (2, S.11), Helge O. Sommer (5, S.2, S.18-19), Clemens Unterwurzacher (1, S.20), Parlamentsdirektion / Photo Simonis (5, S.21), Sabine Gruber (5, S.24), Gerhard Gatteringer (1, S.38), wannabe.fuger.at (14, S.3, S.41-43), Niko Formanek (1, S.40), Franz Gruber (1, S.40), Jeff Mangione (1, S.40), Wolfgang Simlinger (5, S.30-31), Land OÖ (1, S.31), Christian Herzenberger (1, S.30), MedAk (1, S.31), Steffi Dittrich (1, S.40)

Lektorat:
Uschi Sorz

Druck:
Paul Gerin GmbH & Co KG

Auflage: 5.350 | **Erscheinungsweise:** 6x jährlich | **Einzelpreis:** Euro 30,00

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.

UPDATE 1.8

NEPHROLOGIE

FORSCHUNG – STATE OF THE ART – HANDS-ON GESUNDHEITSPOLITIK

Update 1.8 Nephrologie | 8. und 9. Juni 2018 | congress Schladming

Am 8. und 9. Juni 2018 findet das Nephrologie Update 1.8 im congress Schladming statt. Ziel ist, die Versorgung von Menschen mit chronischen Nierenerkrankungen und deren Folgeerkrankungen zu optimieren. Es warten informative Vorträge zur Nierentransplantation, aktuelle Studien aus dem Bereich Nephrologie und Substanzen, ein praktischer Ultraschall-Workshop sowie eine spannende Podiumsdiskussion. **Wir freuen uns darauf, Sie in Schladming begrüßen zu dürfen!**

4. Österreichisches Symposium des Zentrums für Perioperative Medizin

Begleitet wird dieses Symposium durch eine Industrieausstellung der speziell auf dem Gebiet der perioperativen Medizin tätigen Firmen. Anmeldung und weitere Informationen finden Sie unter <http://periopmedizin.meduniwien.ac.at>



Save the Date

4. bis 5. Mai 2018

Van Swieten Saal der Medizinischen Universität Wien
Van-Swieten-Gasse 1a A-1090 Wien

Eine Veranstaltung des Zentrums für perioperative Medizin der Medizinischen Universität Wien in Kooperation mit dem Verein zur Förderung von Wissenschaft und Forschung.

Sport soll eine Vorbildfunktion haben!

Heinz-Christian Strache, Vizekanzler und Bundesminister für öffentlichen Dienst und Sport, spricht im PERISKOP über seine Prioritäten als Sportminister, die Rolle der Bewegung und des Sports in der Gesundheitsprävention, die „Sportstrategie Austria“ und das momentan kontroversiell diskutierte Rauchverbot in der Gastronomie.
 Von Dr. Nedad Memić



PERISKOP: Wo sehen Sie die Verbindung zwischen Sport und Gesundheit und welche Prioritäten möchten Sie als Sportminister in diesem Bereich setzen?

Strache: Das Thema Sport wurde bisher eher stiefmütterlich und nicht prioritär behandelt. Man hat z. B. keine Sportstrategie entwickelt. Wir werden nun bis Herbst das Bundessportförderungsgesetz evaluieren. Wir wollen dafür sorgen, dass die Parteipolitik im Sport nicht vorhanden ist. Dazu muss die Verwaltungsstruktur entsprechend schlank sein, so dass möglichst jeder Cent zu dem Sportler kommt, der ihn braucht. Darüber hinaus ist es nicht immer optimal, wenn Sportförderungsgeber auch gleichzeitig Sportförderungsnehmer sind.

Sport ist ein Förderer und Garant für unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden. Die Anerkennung und Förderung des Sports als effektive gesundheitspolitische Maßnahme ist ein Gebot der Stunde. Eine inaktive Lebensführung frei von Sport und Bewegung stellt ein erhöhtes Gesundheitsrisiko dar. Ein zentrales Ziel unserer Sportpolitik ist es, die Anzahl der Menschen zu erhöhen, die regelmäßig Sport betreiben. Denn derzeit bewegen sich die Österreicherinnen und Österreicher in Relation zu den Bewegungsempfehlungen der WHO und auch im Vergleich zu anderen europäischen Ländern zu wenig. Diese Herausforderung gilt es, für alle Altersgruppen und nicht zuletzt für besonders inaktive Bevölkerungsgruppen durch gezielte Förderungen anzupacken.

P: Lediglich ein Fünftel der elf- bis 15-jährigen österreichischen Schüler erfüllt laut der „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“-Studie die Bewegungsempfehlung von 60 Minuten am Tag. Wie können wir unsere Kinder und Jugendlichen für mehr Bewegung und Sport begeistern?

Strache: Wir wollen bei Kleinkindern ansetzen! Es muss für uns selbstverständlich werden, dass man bereits im Kindergarten so viel Bewegung wie möglich zulässt und das auch in der Schule fortsetzt. Dort hören wir seit Jahren von einer fehlenden täglichen Sportstunde. Deshalb ist es wichtig, dass auch Kleinkinder frühzeitig daran gewöhnt werden, sich sportlich zu betätigen. Dies fördert die körperliche Fitness, das Konzentrationsvermögen und das Gemeinschaftsgefühl. Natürlich reden wir hier nicht von Leistungssport, sondern von spielerischer Heranführung. Gerade Kindern kann hier frühzeitig ein selbstverständliches Empfinden für die Wichtigkeit der eigenen Gesundheit beigebracht werden. Kindergärten und Schulen, vor allem aber auch das eigene familiäre Umfeld, können hier unglaublich wertvolle Arbeit für unseren Nachwuchs leisten.

P: In Österreich sind rund 900.000 Erwachsene adipös, das sind mehr als zehn Prozent der Gesamtbevölkerung. Die Bewegung und Ernährung spielen eine zentrale Rolle in der Gesundheitsprävention. Wie können wir hier mehr Bewusstsein bei der Bevölkerung schaffen?

Strache: Wir wollen durch Förderung des Sports mehr Menschen in Bewegung bringen und setzen auch Generationsschwerpunkte: Koppelung der Vereinsförderung an die Mitgliederentwicklung in den Altersgruppen Kinder und Jugendliche sowie in der Altersgruppe 50+. Entsprechende Angebotsentwicklung in den Vereinen wollen wir über Förderungen steuern. Weiters braucht es eine Forcierung der Initiative „Fit Sport Austria“ in der Gesundheitsprävention in gemeinsamer Verantwortung mit den Trägern des Gesundheits- und Bildungssektors und die Prüfung einer jährlichen einheitlichen, standardisierten sportspezifischen Erhebung bei Pflichtschülern im Sinne der gesundheitlichen Prävention unter Leistungsrelevanz.

P: Bewegungs- und Sportaffinität entwickelt man in jungen Jahren: Sie spielen eine große Rolle in der Prävention. Wie können wir unseren Nachwuchs motivieren, aktiver zu werden?

Strache: Je mehr Sport betrieben wird, desto gesünder der Lebensstil. Studien bestätigen, dass über die positiven Auswirkungen für die Gesundheit langfristig jeder in den Sport investierte Euro das Fünffache an volkswirtschaftlichem Effekt bringt. Damit wir dieses enorme Potenzial auch ausschöpfen und nachhaltig sichern können, müssen wir vor allem unsere Kinder und Jugendlichen von klein auf für Bewegung begeistern. Das ist der Ausgangspunkt für eine gesunde Lebensführung und die Grundvoraussetzung dafür, dass wir uns in Zukunft als stolze Sportnation bezeichnen können. Im Bereich Schulsport wollen wir mit dem Tourismus ein gemeinsames Paket schnüren, in dem wir sicherstellen, dass einerseits die Schulen diese Woche umsetzen und andererseits diejenigen Familien, die sich das nicht leisten können, die Woche kompensiert bekommen.

P: Österreich ist auch eine Sportnation, das haben wir gerade bei den Olympischen Spielen in Südkorea gesehen. Kann man das Potenzial unserer Leistungssportler als Role-Models noch stärker nutzen?

Strache: Ja, das denke ich schon. Die Vorbildfunktion unserer Spitzensportler hat eine immense Bedeutung gerade für Kinder und Jugendliche. Eine Möglichkeit wären zum Beispiel vermehrte Besuche unserer Athletinnen und Athleten an Schulen – nicht nur an Sportschulen, sondern Volksschulen, Hauptschulen, AHS usw.

Auf der anderen Seite wollen wir im Bereich des Spitzensports ein Forschungs- und Technikzentrum im Rahmen einer Universität entwickeln, um weiter im Spitzensport erfolgreich zu sein.

P: Wie kann man Ressourcen von zahlreichen Sportverbänden besser optimieren, um die Lebensführung der Bevölkerung „gesünder“ zu gestalten? Welche Rolle kann hier das Sportministerium spielen?

Strache: Wir wollen hier eine Querschnittmaterie schaffen und zusammen mit dem Gesundheitsministerium ein Modell erarbeiten, das auch Dachverbänden eine neue Aufgabe gibt. Konkret würde es so ausschauen, dass Schüler im Rahmen der Nachmittagsbetreuung eine Bewegungsstunde absolvieren und man sie in dem einen oder anderen Fall auch für Vereine gewinnen kann.

P: Wir investieren immer noch viel zu wenig in die Prävention. Wie kann es hier zu einem Umdenken kommen?

Strache: Indem wir z. B. die besprochene Bewegungsstunde in der Nachmittagsbetreuung umsetzen oder mehr Kinder für eine Sportart oder einen Sportverein begeistern. Wenn wir in jungen Jahren diese Begeisterung schaffen, dann sehen wir, dass viele Leute auch später sportlich aktiv sind.

P: Das aktuelle Regierungsprogramm beinhaltet auch eine „Sportstrategie Austria“, die alle Bereiche der Sportförderung von der Schule bis zum Spitzensport sowie alle Ebenen der öffentlichen Verwaltung vom Bund bis hinunter zu den Gemeinden umfassen soll. Was dürfen wir uns von diesem Vorhaben erwarten?

Strache: Sport ist ein wesentlicher Bestandteil im Leben der Österreicherinnen und Österreicher. Er begeistert Tag für Tag Millionen Menschen in unserem Land. Mehr als die Hälfte der Österreicher ist mindestens einmal pro Woche sportlich aktiv. Jeder Vierte nimmt zumindest zwei- bis dreimal pro Monat an organisierten sportlichen Aktivitäten teil. Zudem stellen mehr als 500.000 Österreicher jede Woche ihre Freizeit zur Verfügung, um sich ehrenamtlich für ihren Sport zu engagieren.

Die „Sportstrategie Austria“ ist notwendig, weil das Bundessportförderungsgesetz 2017 verfehlt war. Es wurde erst einmal keine Analyse des Ist-Standes der Sportförderung durchgeführt und es gab keinen ordentlichen parlamentarischen Diskussionsprozess. Um uns als Sportnation zu etablieren, ist es wichtig, dass wir die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen und damit die erforderliche finanzielle und organisatorische Unterstützung sicherstellen. Gleich-

BioBox:

Heinz-Christian Strache ist seit 2004 Mitglied des Bundesparteivorstandes der FPÖ und wurde 2005 zum Bundesparteiobermann der FPÖ berufen. 2006 übernahm er das Amt des Klubobmanns des Freiheitlichen Parlamentsklubs. In den Jahren 1991–1996 war Strache Mitglied der Bezirksvertretung von Wien 3, Landstraße. Er war 1996–2006 als Abgeordneter zum Wiener Landtag tätig und auch Mitglied des Wiener Gemeinderates. Von Oktober 2006 bis Jänner 2018 war er Abgeordneter zum Nationalrat. Am 18. Dezember 2017 wurde Strache zum Vizekanzler ernannt und ist seit 8. Jänner 2018 auch Bundesminister für öffentlichen Dienst und Sport.

zeitig sind notwendige Reformen im Sinne unserer Hobby- und Profisportler umzusetzen. Die Erarbeitung einer übergeordneten und langfristig ausgerichteten Strategie zur österreichischen Sportförderung ist daher von größter Bedeutung. Sie soll alle Bereiche der Sportförderung von der Schule bis zum Spitzensport sowie alle Ebenen der öffentlichen Verwaltung vom Bund bis hinunter zu den Gemeinden umfassen.

Sie muss Ergebnis eines breiten Beteiligungsprozesses sein und allen handelnden Akteuren als verlässliche Richtschnur und Orientierung dienen. Bei der Umsetzung dieser Gesamtstrategie wollen wir sicherstellen, dass das investierte Geld tatsächlich den Sportlerinnen und Sportlern zugutekommt und nicht in den Strukturen hängen bleibt. Die inhaltlichen Schwerpunkte einer österreichischen Sportstrategie müssen besonders den vielfältigen gesellschaftlichen Mehrwert von Sport und Bewegung in den Mittelpunkt stellen.

P: Das Thema Rauchverbot in der Gastronomie wird momentan heftig diskutiert ...

Strache: Es ist jedem bewusst, dass es um Gesundheit, um Prävention geht und dass wir hier eine Verantwortung für unsere Jugendlichen haben. Wir müssen die Jugendlichen ausreichend schützen, damit sie nach Möglichkeit überhaupt nicht mit dem Rauchen anfangen. Darüber hinaus gibt es aber eine Verantwortung und Selbstbestimmung sowie die persönliche Freiheit und die Eigentumsrechte von Gastronomen. Wir folgen hier dem Ansatz der Eigenverantwortung. Der Nichtraucherschutz soll Menschen, die nicht rauchen, vor dem Passivrauchen schützen. Das wollen wir garantieren. Wenn sich andererseits jemand nach der Arbeit eine Zigarette im Lokal anzünden möchte oder ein Wirt die Möglichkeit hat, ein Raucher- oder Nichtraucherlokal zu führen, nenne ich das eine freie Gesellschaft. Wenn ich das Rauchen verbiete, bewegen wir uns in Richtung einer Verbotsgesellschaft, in der Leute in Wahrheit vor dem Lokal stehen und so eine Lärmbelästigung entsteht oder die Sperrstunde sogar vorverlegt wird. Wir müssen hier einen Kompromiss leben, in dem sich alle Seiten wiederfinden können. Was das Personal betrifft, soll der Lehrling unter 18 Jahren nicht in einem Raucherbereich arbeiten. Wir wollen außerdem eine Verordnung erlassen, dass in Autos, in denen Kinder und Jugendliche sitzen, nicht geraucht werden darf.

Don't Feed The Troll Social Media im Gesundheitsbereich

Der Europäische Vergleich zeigt: Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung ist gerade einmal durchschnittlich ausgeprägt. Es scheint, als sei mit dem Schlagwort „mündiger Patient“ doch kein nachhaltiger Entwicklungsschub verbunden gewesen.

Von Dietmar Pichler, MA

Schlimmer noch, selbsternannte „Experten“ entfernen sich immer mehr von der Schulmedizin, zweifeln die Wirkung von Impfungen an oder folgen den Thesen geheimnisvoller „Gurus“.

Als Anfang des 21. Jahrhunderts das Internet zum Massenphänomen wurde, begann eine Entwicklung, welche in den letzten Jahren ihren Höhepunkt fand: Medizinische Informationen wurden vermehrt nicht mehr vom Mediziner oder Apotheker, sondern aus dem Netz bezogen, oft von Quellen, welche keiner Qualitätsprüfung unterzogen wurden.

Schon früh haben Scharlatane und Esoteriker das Internet für die Verbreitung ihrer Inhalte genutzt. Als unter dem Begriff Web 2.0 das Zeitalter der sozialen Medien begann, sorgten Shares und Likes für eine massenhafte Verbreitung gefährlicher Fehlinformationen.

Selbst die absurdsten Behauptungen werden nicht selten ungeprüft geteilt und so dem gesamten Freundeskreis eines Users angezeigt. Besonders gut eignen sich empörende, stark plakative und populistische Inhalte, um den User emotional abzuholen und so zum „nützlichen Helfer“ für die Weiterverbreitung der

Falschinformationen zu gewinnen. Neben der Politik (die Debatte um Fake-News ist in aller Munde) ist ausgerechnet der Bereich Gesundheit besonders betroffen.

Dabei bleiben die Akteure dieser „Bewegung“ leider nicht dabei, ihre Fake-Beiträge nur in der einschlägigen Community zu verbreiten. Gezielt wird die Kommentarfunktion auf Facebook, Twitter & Co. dazu genutzt, um per „Trollangriff“ jegliche wissenschaftlich fundierte Quelle zu diskreditieren. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um das Gesundheitsministerium, die WHO oder ein Pharmaunternehmen handelt, denn laut Verschwörungstheoretikern „stecken sowie-so alle unter einer Decke“.

Kommentare moderieren oder ignorieren? Es gibt kein Patentrezept, um auf Trollkommentare zu reagieren, eine große Rolle spielt allerdings die Art des Kommentars. Sind konkrete falsche Anschuldigungen enthalten, welche auf Basis seriöser Daten und Fakten entkräftet werden können, oder handelt es sich einfach nur um sinnlose Provokationen? Das Social-Media-Team muss diese Fragen abwägen und in der Folge mit viel Fingerspitzengefühl reagieren.

Manchen Aussagen sollte man aber besser keine Aufmerksamkeit schenken, um diese nicht unnötig aufzuwerten, denn wie sagt der Wiener gerne: „Ned amoi ignorieren ...“.

Für Unternehmen und Organisationen im Gesundheitsbereich bieten Social-Media-Aktivitäten Chancen, aber eben auch Risiken. Allerdings ist die proaktive Partizipation in vielen Fällen weniger riskant, als diese meinungsbildende Mediengattung einfach zu ignorieren.

Im Fortschritt

Interview mit Univ.-Prof. Dr. med. univ. Markus Müller

Präzisionsmedizin ist die Zukunft der Medizin

Der Rektor der MedUni Wien Univ.-Prof. Dr. med. univ. Markus Müller spricht im PERISKOP über das neue Zentrum für Präzisionsmedizin am MedUni Campus AKH.

PERISKOP: Das neue Zentrum für Präzisionsmedizin der MedUni Wien soll u. a. durch Fundraising errichtet werden. Warum hat sich die MedUni für diese Art der Finanzierung entschieden?

Müller: Das Zentrum für Präzisionsmedizin soll ab 2022 am MedUni Campus AKH errichtet werden. Es soll eines der weltweit führenden Zentren für Forschung und Entwicklung von Therapien auf diesem Gebiet werden und maßgeblichen Anteil an der Medizin des 21. Jahrhunderts haben. Für seine Errichtung brauchen wir rund 60 Millionen Euro. Das Zentrum soll durch private Spender, Sponsoren und Drittmittel finanziert werden. Die Erkenntnisse, die man am neuen Zentrum gewinnen wird, werden allen Patienten zugutekommen: Wir wollen durch diese Spendenmaßnahmen das Bewusstsein für die Innovation in der Medizin schaffen, die es uns ermöglichen wird, viele Krankheiten besser oder gar komplett zu heilen.

P: Wie wird das neue Zentrum die Grundlagen-, aber auch die klinische Forschung konkret verbessern?

Müller: Mit bahnbrechenden Innovationen im Bereich der Genetik, Molekularbiologie und der bildgebenden Techniken sind wir derzeit Zeugen einer regelrechten Revolution in der Medizin. Die neuen Techniken werden in den nächsten Jahren die Medizin völlig revolutionieren. Die Bezeichnung für diese neue Entwicklung in der Medizin ist Präzisionsmedizin. Krankheiten werden nicht als allgemeine Diagnosen, sondern als einzigartige Ereignisse im Leben einzigartiger Menschen verstanden. Die Präzisions-

medizin ermöglicht es uns, diese Individualität auf molekularer Ebene zu erfassen.

P: Ein Motto des neuen Zentrums ist: „Präzisionsmedizin ist die Medizin der Zukunft“. Was für einen Einfluss wird die Präzisionsmedizin auf die Forschung und auf den klinischen Alltag haben?

Müller: Den MedUni Campus AKH wollen wir in den nächsten Jahren und Jahrzehnten zu einem der führenden Zentren der Präzisionsmedizin ausbauen. Damit sehen wir uns unserer Tradition als einem der Topstandorte in der medizinischen Forschung und Versorgung verpflichtet. Konkret für die Patienten bedeutet das, dass die Präzisionsmedizin imstande sein wird, mittels eines so genannten molekularen Fingerabdrucks maßgeschneiderte und präzise Diagnosen und Therapien für viele Krankheiten zu gewährleisten, die heute als unheilbar oder schwer heilbar gelten. Wir wollen Menschen durch präzise Diagnostik und Therapie die Ängste vor Krankheiten nehmen – denn diese revolutionären Innovationen werden sehr bald ihre Anwendung in jedem Bereich der Medizin haben.

P: Das Zentrum für Präzisionsmedizin konnte bisher einige prominente Unterstützer gewinnen ...

Müller: Ja, wir sind sehr stolz und dankbar, dass uns z. B. Hugo Portisch, Niki Lauda, Toto Wolff oder Manuel Rubey in unserer Spendenkampagne tatkräftig unterstützen. Denn wie Hugo Portisch in seiner Unterstützungsbotschaft treffend sagt: „Jeder gespendete Euro für das Zentrum für Präzisionsmedizin kann Menschenleben retten, und das könnte auch Ihr eigenes sein!“

Spendeninformation:

Spenderservice der MedUni Wien
T: +43 (0)1 40160-11525
eMail: fundraising@meduniwien.ac.at
Spenderkonto:
Erste Bank
MedUni Wien ZPM
IBAN AT46 2011 1404 1007 0714
BIC: GIBAATWXXX



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

People Meine Priorität ist der Mensch

Im Gespräch mit dem PERISKOP erklärt Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz Mag. Beate Hartinger-Klein, welche die Prioritäten ihres Mandats sind, warum die Vernetzung von Gesundheitsberufen wichtig ist und was geplante Reformen im Gesundheitsbereich bringen werden.

Von Bernhard Graf

PERISKOP: Frau Bundesministerin, in Ihrem Ressort sind die Themen Soziales und Gesundheit zusammengeführt. Sie selbst verfügen über mehr als dreißig Jahre Berufserfahrung im Gesundheitswesen. Welche Potenziale sehen Sie in dieser Ressortverteilung?

Hartinger-Klein: Nun, die Ressortverteilung muss immer zu den von einer Regierung geplanten Reformvorhaben passen. Die Organisationsreform der Krankenkassen wäre bei einer Trennung des Sozial- und Gesundheitsressorts fast nicht oder nur zu erschwerten Bedingungen durchführbar. Hier geht es um die Verantwortung aus einer Hand. Mit der Zusammenführung der beiden Ressorts ist sichergestellt, dass der Patient im Mittelpunkt aller Zusammenlegungen bleibt.

P: Die Bereiche Soziales und Gesundheit sind sehr komplex, oft auch kontroversiell. Was hat Sie persönlich dazu bewegt, dieses Amt zu übernehmen?

Hartinger-Klein: Diese Regierung wagt sich an sehr sensible Bereiche unseres Sozialwesens heran. Da braucht es viel Fingerspitzengefühl. Wer da unser Sozial- und Gesundheitssystem nicht wie seine Westentasche kennt, würde extreme Verunsicherungen bei den betroffenen Menschen verursachen.

P: Die neue Regierung hat sich im Gesundheitsbereich zu einigen großen Reformen verpflichtet. Was sind aus Ihrer Sicht die Top-Prioritäten Ihres Mandats?

Hartinger-Klein: Es gibt nur eine Priorität, und die ist der Mensch. Allerdings gibt es einige Rahmenbedingungen, die ich nicht verändern kann. All mein Wirken zielt darauf ab, dem Menschen das bestmögliche Sozial- und Gesundheitssystem zur Seite zu stellen, wobei ein integraler Aspekt darin liegt, dass dieses System auch langfristig funktioniert.

P: Sie haben kurz nach Ihrer Amtsübernahme mit den Präsidenten der Ärzte- und Apothekerkammer gesprochen. Wie wichtig ist eine bessere Vernetzung von Gesundheitsberufen für Sie?

Hartinger-Klein: Wie schon festgehalten, liegt meine Priorität beim Menschen. Im Rahmen des dreipersonalen Abrechnungsverhältnisses unseres Gesundheitssystems und der angebotsinduzierten Nachfrage kommt dem Arzt gemeinsam mit den anderen Gesundheitsberufen die zentrale Rolle bei der Versorgung der Patienten zu. Und diese Rolle hat sich in meinem Verständnis von Berufsvertretungen widerspiegeln. Wenn eine Berufsgruppe gegen eine andere kämpft, bleiben typischerweise die Interessen des Patienten auf der Strecke. Sobald die

Berufsgruppen jedoch die Interessen des Patienten in den Mittelpunkt rücken, werden sie sich zwangsläufig besser vernetzen.

P: Das zweifelslos größte Reformvorhaben ist die Reduktion der Sozialversicherungsträger. Ist es realistisch, dass diese Reduktion von 22 auf fünf Träger innerhalb einer Legislaturperiode über die Bühne gebracht werden kann?

Hartinger-Klein: Es wird erste Zusammenlegungen in dieser Legislaturperiode geben. Ich kann aber derzeit noch nicht ausschließen, dass sich einige Teilaspekte der Organisationsreform bis in die nächste Legislaturperiode erstrecken.

P: Noch eine wichtige Frage, wenn es um die Sozialversicherungsträger geht, ist die Leistungsharmonisierung. Wird sie durch diese Fusionierung unterstützt?

Hartinger-Klein: Ja, das ist auf jeden Fall vorgesehen.

P: Die neue Regierung hat sich geeinigt, das Rauchverbot zu kippen. Sie haben bereits gesagt, dass Sie mit dieser Entscheidung zwar keine Freude haben, aber daher sehr viel in die Prävention, besonders bei den Jugendlichen, investieren wollen. Welche Maßnahmen wollen Sie hier konkret setzen?

Hartinger-Klein: Das braucht noch ein bisschen Zeit, bis ich damit an die Öffentlichkeit gehen kann.

P: Die überwältigende Mehrheit der Österreicher ist mit den Leistungen des Gesundheitssystems zufrieden. Nach einigen objektivierbaren Parametern wie die Lebenserwartung oder die gesunden Lebensjahre schneiden die Österreicher im EU-Vergleich jedoch eher durchschnittlich ab. Wie erklären Sie diese Diskrepanz?

Hartinger-Klein: Ein sehr niederschwelliges Gesundheitssystem ist nicht automatisch ein qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem.

P: In einem Interview haben Sie betont, wie sich die Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit auswirkt. Was können Sie und das Ministerium tun, um insbesondere bei den jungen Leuten mehr Gesundheitsbewusstsein, aber auch mehr Gesundheitskompetenz zu schaffen?

Hartinger-Klein: Nun, was Hänchen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr. Eines meiner zentralen Anliegen ist es, mit der Ausweitung des Mutter-Kind-Passes bis zum 18. Lebensjahr bereits in jungen Jahren das Bewusstsein zu stärken, dass einige unserer Zivilisationskrankheiten sehr viel mit dem eigenen Lebensstil zu tun haben. Und dass letztlich niemand anderer für den Lebensstil verantwortlich ist als der Jugendliche selbst. Ziel ist es, dass der gesunde Lebensstil bei den Jugendlichen „in“ ist.

BioBox:

Mag. Beate Hartinger-Klein schloss das Studium der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften an der Karl-Franzens-Universität Graz ab. Sie war von August 2003 bis März 2009 als Geschäftsführerin bzw. ab 2005 als stellvertretende Generaldirektorin Mitglied der Geschäftsführung und des Verbandsmanagements des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger. Von April 2011 bis Dezember 2017 war die gebürtige Grazerin selbstständig tätig. Sie vertrat die FPÖ zwischen dem 29. Oktober 1999 und dem 19. Dezember 2002 im Nationalrat. Seit 8. Jänner 2018 ist Hartinger-Klein Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.





Primärziel Gesundheit

Healthcare Planning im Fokus

Integrative Gesundheitsversorgung inkludiert alle Bereiche des Lebens

In der neuen Zusammensetzung der Bundesregierung sind die Bereiche Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz in einer Organisation zusammengefasst. Historisch betrachtet, war Österreich die erste Nation weltweit mit einem Ministerium, das dezidiert für Gesundheitsangelegenheiten zuständig war. Es wurde während des Ersten Weltkriegs im Jahr 1918 gegründet. In den folgenden Jahrzehnten bis 1972 war zumeist das Sozialministerium auch für die Gesundheitsagenden zuständig. Von diesem Zeitpunkt an gab es unterschiedlichste Kombinationen an zusammengefassten Agenden, ehe 2008 wieder ein eigenes Gesundheitsministerium gegründet wurde.

Am besten sichtbar wird die Notwendigkeit der gemeinsamen Sichtweise am Beispiel einer chronischen Erkrankung wie der multiplen Sklerose (MS). Diese Erkrankung mit einer Prävalenz von ca. 150 von 100.000 tritt mit den unterschiedlichsten Anfangssymptomen mit einem Haupterkrankungsalter zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr bevorzugt bei Frauen auf. Sie hat einen oftmals nicht vorhersehbaren schubhaften Verlauf, teilweise mit kompletten Remissionen, kontinuierlichem Voranschreiten bis hin zur kompletten Pflegebedürftigkeit.

Dieser chronische Krankheitsverlauf hat massive Auswirkungen auf die Betroffenen, die durch die neurologischen Symptome deutlich in ihrem Alltag eingeschränkt sein können. Kraftreserven, die bei Gesunden für Job, Karriere und Freizeit genutzt werden, erschöpfen sich rasch bzw. sind gar nicht vorhanden. Dies kann zur Reduktion der Arbeitsfähigkeit bis hin zur Invalidität führen. Für diese Betroffenen existiert in

Österreich ein gutes Netz an separaten Versorgungsstrukturen mit unterschiedlichen Zuständigkeiten wie beispielsweise das Sozialministeriumsservice, verantwortlich für die Feststellung des Grades der Behinderung („Behindertenausweis“) und die Pensionsversicherungsanstalt, in vielen Fällen zuständig für Pflegegeldanträge. Eine chronische Krankheit wie MS mit einem nicht vorhersehbaren Verlauf, der Notwendigkeit von Teilzeitarbeit, integrativen Eingliederungsmaßnahmen in die Arbeit nach einem Schub, Unterstützung bei Invalidität, aber auch Frühpensionierung und Pflegebedarf macht deutlich, wie wesentlich eine gemeinsame Betrachtung aus mehreren Perspektiven ist. Ein Ministerium, das Agenden der Bereiche Arbeit, Gesundheit und Soziales bearbeitet, hat zwar eine gestiegene Komplexität in der Zusammenarbeit der verschiedenen Abteilungen zu bewältigen, dies stellt aber auch eine Riesenchance dar, aufgezeigt durch drei kurze Beispiele.

Die gemeinsame Betrachtung ermöglicht integrative Ansätze in den Bereichen der Wissenschaft & Forschung, Früherkennung, Diagnostik und Behandlung. Wesentliche Steuerungs- und Finanzierungsmöglichkeiten können durch eine gemeinsame Sichtung der notwendigen Budgetmittel genutzt werden; der geläufige Begriff der Finanzierung aus einem Topf gewinnt damit eminent an Kraft. Drittens bedeuten diese gemeinsame Befassung und Bearbeitung aus den Perspektiven der Bereiche Arbeit, Gesundheit und Soziales die Anforderung eines echten Nahtstellenmanagements.

Herausforderungen einer zeitgemäßen Versorgung können nur mit integrativen Ansätzen entlang der gesamten Kette einer entsprechenden Krankheitsentität nachhaltig gelöst werden. Die Erhöhung der Komplexität schafft Mehrwert. Diesen gilt es durch eine gemeinsame Betrachtung, Planung und Implementierung nicht nur strategisch aufzusetzen, sondern auch operativ umzusetzen.

GEMEIN[D]SAM

Schulgesundheit: Zeit für grundlegende Reformen

Für mächtige Irritation hat ein Schreiben des Bildungsministeriums im Jahr 2014 gesorgt: Die für schulärztliche Untersuchungen in Verwendung stehenden Personenwaagen unterliegen der Eichpflicht. Dem Schreiben beigelegt wurde sogleich eine Empfehlung für die Anschaffung einer bestimmten eichfähigen Personenwaage. Eine Grotteske, die sich in jenes Bild eines Systems einfügt, das von Grund auf reformbedürftig ist: die Schulgesundheit.

Kaum jemand mehr hegt einen Zweifel daran, dass das Schulartzsystem in Österreich reformiert werden muss. Organisation und Strukturen sind veraltet, ineffizient und in Wahrheit unbrauchbar. Die Frage, ob das derzeitige Schulartzsystem für Schüler, Lehrer, Eltern und für die Volksgesundheit insgesamt einen Mehrwert bringt, wird – wenn nicht immer offen und direkt, dann zumindest hinter vorgehaltener Hand – mit Nein beantwortet.

Dabei ist es gerade in einem Bereich, in dem hohen Kosten (für die Untersuchungen, für die Administration, für die Bereitstellung der Infrastruktur) kein erkennbarer Nutzen gegenübersteht, erforderlich, mutig, ehrlich, mit Sach- und Hausverstand an alternativen Lösungen zu arbeiten, anstatt an einem System festzuhalten, das seit Jahren künstlich am Leben erhalten wird.

Doch wie könnte die Gesundheit der Schüler und deren Vorsorge von Grund auf neu aufgestellt werden? Keinesfalls geht es darum, der Schulgesundheit bzw. der Gesundheit der Schüler keine Bedeutung beizumessen, im Gegenteil. Vielmehr geht es darum, das derzeitige Schulgesundheitswesen derart zu adaptieren, dass am Ende des Tages ein sichtbarer Mehrwert erkennbar ist.

Im Regierungsprogramm der neuen Bundesregierung ist die Verlängerung des Mutter-Kind-Passes bis zur Volljährigkeit ent-

halten. Das gibt Grund zur Hoffnung, dass damit das derzeitige Schulartzsystem durch ein sich seit Jahren und Jahrzehnten bewährtes System (Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen) ersetzt wird.

Im erweiterten Mutter-Kind-Pass könnten jährliche „Vorsorgeuntersuchungen“ nach dem Vorbild für Erwachsene einschließlich einer Untersuchung des Entwicklungsstands sowie Impfprogrammen speziell für die schulbesuchende Jugend vorgesehen werden. Die klassische Schulartzuntersuchung wäre damit Geschichte und würde durch ein einheitliches und effizientes System ersetzt werden, das unter anderem eine lückenlose Dokumentation des Entwicklungs- und Gesundheitszustandes bis zur Volljährigkeit gewährleistet. Die Untersuchungen würden beim vertrauten Haus-, Kinder- oder Frauenarzt erfolgen und nicht – wie dies immer wieder von Schülerinnen und Schülern als unangenehm empfunden wird – von einem Arzt, den man allenfalls einmal im Jahr zu Gesicht bekommt.

Damit die Untersuchungen auch tatsächlich vorgenommen werden, müsste man – wie dies derzeit bereits bei den Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen der Fall ist – monetäre Anreize schaffen. So sind zwar die ersten Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen nicht verpflichtend, wer diese aber verweigert, verliert das Kinderbetreuungsgeld. Im Ergebnis läuft dies darauf hinaus, dass alle die „verpflichtenden“ Untersuchungen durchführen lassen.

Alle sonstigen Aufgaben eines Schularztes abseits der jährlichen Untersuchungen wie Gutachten zur Schulreife, Abmeldung vom Turnunterricht, Beratung des Lehrpersonals etc. wären auch anderweitig möglich (Amtsarzt, verpflichtende Fortbildungen des Lehrpersonals). Die Dokumentation sowie statistische Einmeldungen könnten zudem in einheitlicher und geordneter Weise über den Haus-, Kinder- oder Frauenarzt erfolgen.

Wir wollen die Vorreiter in der EU sein



Im PERISKOP-Interview spricht der stellvertretende Obmann der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft (SVA) Alexander Herzog über das ehrgeizige Transformationsprojekt „SVA 2020“. Unter anderem werden die SVA-Kunden durch ein umfassendes Online-Serviceangebot künftig vor allem viel Zeit sparen und wesentlich leichter mit dem Sozialversicherungsträger kommunizieren können. Der Obmann-Stellvertreter Herzog möchte dadurch bei den Versicherten mehr Vertrauen in und Bindung an die SVA schaffen.

Von Dr. Nedad Memić

PERISKOP: Was umfasst das Projekt „SVA 2020“? Was sind seine Schwerpunkte und was war die Motivation, es ins Leben zu rufen?

Herzog: Vor dreieinhalb Jahren haben wir gesehen, dass einerseits die Infrastruktur in der SVA und andererseits das Kundenservice ausbaufähig waren. Aus Gesprächen mit zahlreichen Versicherten haben wir dann festgestellt, wohin unser Entwicklungsweg gehen soll. Das, was wir leisten, ist im Wesentlichen gesetzlich determiniert. Darauf können wir keinen Einfluss nehmen. Worauf wir durchaus Einfluss nehmen können, ist die Art und Weise, wie wir unsere Kunden betreuen. Unsere Entscheidung war schließlich, nicht nur einen gewissen IT-Rückstand aufzuholen, sondern einen Schritt weiter zu gehen und zu einem Vorzeigeträger für das SV-System zu werden.

Mein Credo ist: Unsere Kunden sind bei uns pflichtversichert. Daher haben wir eine erhöhte Verantwortung ihnen gegenüber. Zu meinen Mitarbeitern sage ich: Wir müssen nicht so gut sein wie die Privatversicherer, wir müssen doppelt so gut sein. Das Pflichtversicherungssystem lebt davon, dass die Leute es akzeptieren und verstehen, dass jeder in dieses Versicherungssystem einbezahlt. Nur dann hat dieses System eine politische Überlebenschance. Wir als SVA müssen die Lebenswelten unserer Unternehmer verstehen, abbilden und in ein Top-Notch-Service vereinen. Einfacher gesagt: Wir müssen für unsere Kunden sieben Tage die Woche rund um die Uhr da sein. Wir wollen mit „SVA 2020“ ein Vorzeigeprojekt für ganz Europa werden und der beste Selbstständigenträger in der EU sein. Wir sind die am schnellsten wachsende Sozialversicherung Österreichs, hatten 2017 rund 60.000 Neuzugänge und sehen die großen Chancen, die sich dabei aus der Digitalisierung ergeben. Unser Transformationsprozess „SVA 2020“ bringt dabei sowohl intern eine deutliche Effizienzsteigerung als auch mehr Services für unsere Kunden und damit in beide Richtungen einen massiven Nutzen. Mit dieser Effizienzsteigerung können wir auf das stetige Kundenwachstum reagieren.

P: Sie machen hier praktisch kein Benchmarking, sondern schauen, was möglich ist und wie man die Versicherten aus ihrer eigenen Sicht optimal betreuen kann?

Herzog: Selbstverständlich. Bei uns steht der Kunde im Mittelpunkt. Erst wenn es uns gelingt, dem Kunden eine integrierte Betreuung anzubieten, dann haben wir un-

ser Ziel erreicht. Wir brauchen diesen Fortschritt, damit uns die Kunden verstehen und sagen können: „Ich muss zwar die Beiträge zahlen, aber wenn ich etwas brauche, ist die SVA für mich da.“ Das schaffen wir nur mit einer starken Digitalisierung.

P: Gab es zum Projekt „SVA 2020“ einen offiziellen Startschuss?

Herzog: Die ersten Planungen gingen vor rund dreieinhalb Jahren an, einen offiziellen Start gab es 2016. Dabei haben wir uns nicht daran orientiert, was andere Träger machen. Wenn wir den Unternehmer in seiner Lebenswelt abholen wollen, müssen wir Dinge neu erfinden. Hier profitieren wir klar von einem internationalen Know-how, und das erwarten sich unsere Kunden von uns. Mein Ziel und mein Anspruch ist es, over-the-edge zu sein.

P: Was soll konkret 2020 passieren?

Herzog: Bis 2020 soll der Kunde ein komplett neues User-Interface haben. Das wird ein völlig neues Kundenerlebnis bringen, bei dem man nicht nur auf sein SVA-Konto schauen, sondern auch Standardprozeduren wie z.B. Zahlungserleichterungen mit wenigen Mausklicks erledigen kann. Wir wollen damit auf die Lebensrealität des Kunden eingehen und ihm ermöglichen, z.B. jederzeit seinen aktuellen Beitragsstatus einzusehen. Wir entwickeln auch eine SVA-App. Damit wird es möglich sein, am Handy ganz einfach und in wenigen Schritten Verordnungen zur Bewilligung von Arztrechnungen zur Vergütung einzureichen – bequem, schnell und per Knopfdruck. Der Vergütungsbetrag landet schon kurz darauf auf dem Konto und eine erforderliche Bewilligung kann per App in wenigen Minuten eingeholt werden.

Auch der Start in die Selbstständigkeit – die Neuanmeldung – kann bereits sehr simpel online erledigt werden. Gleichzeitig vollziehen wir eine umfangreiche Digitalisierung unserer Akten samt Beschlagwortung. Dadurch sparen wir auch Kosten: Im Zuge der Renovierung der Landesstelle Steiermark haben wir durch Digitalisierung zehn Prozent der Kosten gespart. Dort sind nun sämtliche Akten digitalisiert. Damit tragen wir wesentlich zur Markenbildung der SVA als innovativster Versicherungsträger in Österreich bei.

P: Welche Auswirkungen werden diese Innovationen auf andere Träger und Partner im Gesundheitssystem haben?

Herzog: Unser erklärtes Ziel ist es, durch Digitalisierungsprozesse Einsparungen im System zu machen. Wir wachsen um rund sieben Prozent jährlich, aber unsere Kosten sollen dabei gleich bleiben. Wir stellen gleichzeitig ein erhöhtes Interesse anderer Träger an unserem Digitalisierungsprojekt fest, einige besuchten uns schon und ließen sich ausführlich darüber briefen.



BioBox:

Alexander Herzog ist seit 9. Oktober 2014 Obmann-Stellvertreter der SVA sowie stellvertretender Vorsitzender der Trägerkonferenz beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB). Davor war er bereits als erster Obmann-Stellvertreter der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) sowie als stellv. Vorsitzender der AUVVA, Landesstelle Wien, tätig. Er absolvierte das Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Karl-Franzens-Universität Graz und war vor seiner Selbstständigkeit als Geschäftsführer oder Leiter in diversen großen Unternehmen (Austrian Research Centres Seibersdorf GmbH, ICL International Computers Ltd, Steierbrau AG, IBM Eastern Europe, Inc usw.) international tätig. Seit 2006 ist er selbstständiger Unternehmensberater mit den Spezialgebieten Private Equity und Sanierungs-Restrukturierungsmanagement (mit besonderem Schwerpunkt auf Finanzierungsfragen) in Wien. Durch seine Selbstständigkeit kennt er die Anliegen und Bedürfnisse seiner Versicherten in der SVA genau.



Dr. Klaus Schuster
Basel, Schweiz



Alfred Riedl
Präsident des Österreichischen Gemeindebundes

Medizin von Menschen zu Menschen



Medizinische Interventionen ausdrücklich auf eine empirisch nachgewiesene Basis zu stellen beherrschte den Medizindiskurs der letzten Jahrzehnte. Doch immer häufiger wird in der medizinischen Forschung die Forderung nach einer humanbasierten Medizin gestellt. Das Hauptziel der humanbasierten Medizin ist es, dem Kranken ein schönes Leben zu ermöglichen. Ganz im Zeichen der humanbasierten Medizin stand auch der zweitägige Kongress „Humanbasierte Behandlung heute – auf dem Weg zu einer Medizin von Menschen“, der Ende Jänner vom Anton-Proksch-Institut im Wiener Palais Ferstel organisiert wurde.

Von Dr. Nedad Memić

Der zweitägige Kongress hat es sich zum Ziel gesetzt, die humanbasierte Medizin nicht zum Gegenpol, sondern als Erweiterung der evidenzbasierten Medizin zu definieren. „In der Medizin entsteht ein Paradigmenwechsel. Der Weg in die humanbasierte Medizin ist nicht einer, den man alleine gehen kann“, sagte am Anfang des Kongresses Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek, ärztlicher Direktor des Anton-Proksch-Instituts (API).

Bundesministerin für Gesundheit und Soziales, Mag. Beate Hartinger-Klein, sprach in ihrer Begrüßungsrede von der Notwendigkeit, sowohl in der Gesundheits- als auch in der Sozialpolitik den Menschen in den Mittelpunkt zu stellen. Im Namen der Stiftung Anton-Proksch-Institut Wien überbrachte der Senatsrat und Bereichsleiter der Geschäftsgruppe Soziales, Gesundheit und Frauen in der MA 24, Mag. Richard Gauss, die Grußworte von Wiens Gesundheitsstadträtin Sandra Frauenberger: Hilfe für alle, die sie brauchen, sei der Wiener Weg in der Gesundheitspolitik.

In seiner Eröffnungsrede unterstrich der VAMED-Vorstandsdirektor Mag. Gottfried Kooos den gesamtheitlichen Ansatz der VAMED, sich auf Potenziale der Menschen zu konzentrieren: „Diesen Ansatz implementieren wir in allen unseren Tätigkeiten“, so Kooos. Die VAMED und das API seien stets Innovationsträger in der humanbasierten Behandlung gewesen: „Es ist eine logische Konsequenz aus diesem Innovationsansatz, dass das Thema humanbasierte Medizin heute im Mittelpunkt steht“, sagte Kooos. Seit 2013 hält die VAMED 60 Prozent und die Stiftung Anton-Proksch-Institut Wien 40 Prozent des API.

Der Patient im Mittelpunkt

Im ersten Vortrag des Kongresses präsentierte Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek, ärztlicher Direktor des Anton-Proksch-Instituts, den Weg von der evidenzbasierten zur humanbasierten Medizin. Die Leitlinien, auf denen die evidenzbasierte Medizin beruhe, seien immer mehr zu Leitschienen geworden, beschrieb Musalek einen der häufigsten Kritikpunkte gegenüber der evidenzbasierten Medizin. In seinem Vortrag skizzierte er den Unterschied zwischen der evidenz- und der humanbasierten Medizin auf Basis von fünf Kriterien. „Im Bereich Grundlagen befinden wir uns am Übergang von der Moderne zur Postmoderne“, so Musalek. Postmoderne Strömungen beruhen auf Relativismus, Subjektivismus, Perspektivismus, Mehrdeutigkeit der Sprache sowie auf Konstruktivismus. „Was den Hauptfokus der beiden Zugänge betrifft, befinden wir uns am Übergang von Krankheitskonstrukten zu kranken bzw. leidenden Menschen. Es entwickelt sich eine ressourcenorientierte Medizin“, so Musalek. Im Bereich Diagnostik finde zudem ein Paradigmenwechsel von der kategorialen zur mehrdimensionalen Diagnostik statt. Der vierte Punkt ist der Patientenkontakt: „Wir müssen zu einer Ich-Du-Relation mit dem Patienten kommen. Aus diesem Grund haben wir am API die Methode eines zielorientierten Dialogs entwickelt“, sagte der ärztliche Direktor Musalek. Schließlich muss die Behandlung eine ressourcenorientierte sein, denn „die Medizin ist nicht nur Wissenschaft, sondern auch Kunst. Wir brauchen Mut, um Menschen Möglichkeiten zu einem schönen Leben zu eröffnen“, betonte Musalek abschließend.

Klinische und Gesundheitspsychologin Dr. Ute Andorfer vom Anton-Proksch-Institut erläuterte das Thema Gender und die häufigsten Geschlechterstereotype. In ihrem Vortrag ging sie ausführlich auf die Rolle der Werbung bei der (De-)Konstruktion von geschlechtsspezifischen Stereotypen ein: „Die Werbung spielt mit diesen Stereotypen, provoziert und hinterfragt uns gleichzeitig“, so Andorfer. „Die bisher in der Frauen- bzw. Männertherapie als geschlechtsspezifisch reklamierten Themen wie Rollenverständnis, Beziehungen, Körperlichkeit oder Sexualität gehen beide Geschlechter an. Dabei sind nicht die Themen geschlechtsspezifisch, sondern jedes Thema muss gendersensibel bearbeitet werden“, sagte Andorfer.

Traumatisierungen kontextualisieren

Dr. Roland Mader, Leiter der Abteilung III im Anton-Proksch-Institut und Experte für Alkohol-, Medikamenten- und Spielsucht, konzentrierte sich in seinem Vortrag auf die Frage der immer aktueller werdenden Internetsucht. Neben klaren Vorteilen, die das Internet und insbesondere Social Media mit sich bringen, bringt die Internetnutzung auch Nachteile: „Viele, meist männliche Jugendliche spielen intensiv am Computer. Das ist oft eine Flucht aus der sozialen Realität, die zunehmend zur Isolation führt“, so der Spielsuchtextperte. Dazu wirke sich die immer noch relativ wenig erforschte Social-Media-Sucht negativ auf schulische und berufliche Leistungen aus. Für Mader sei die Internetabstinenz zwar nicht möglich, „man muss der ‚Entmenschlichung‘ aber entgegenwirken und gleichzeitig reale Kompetenzen wie Face-to-Face-Kontakte fördern“, betonte Mader.

„Psychotherapie ist schwer zu definieren: Sie ist ein therapeutischer Versuch, durch die Begegnung mit dem Menschen eine Heilung herbeizuführen“, sagte am Anfang seines Vortrags über die humanbasierte Psychotherapie Prim. Univ.-Prof. DDr. phil. Michael Lehofer, Leiter der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie I am LKH Graz Süd-West. Bei einer humanbasierten Psychotherapie seien die Faktoren der therapeutischen Beziehung und der Heilerwartung wichtig. „Die so genannte therapeutische Allianz ist ein Gegenpol zur klassischen Psychotherapie mit dem Couchsetting“, sagte Lehofer. „Der Therapeut muss dem Patienten die Sicherheit geben, dass er sich weiterentwickeln kann. Die Traumatisierungen können wir aus unserem Gehirn nicht wegentwickeln, aber wir können sie kontextualisieren“, erklärte Lehofer.

Mag. Dr. Doris Bach, klinische und Gesundheitspsychologin und Leiterin von Braincare – Institut für seelische Gesundheit in Wien, fokussierte sich auf die Humorforschung. „Freude zählt zu den Primärgefühlen; Lachen kann dabei ein Ausdruck von Freude sein!“, erklärte Bach. Der Humor kann aber auch in der Psychotherapie eingesetzt werden: „Manche Therapieinterventionen arbeiten mit Paradoxien, Übertreibungen etc., um starren Überzeugungen und Perfektionsansprüchen von Klienten entgegenzuwirken“, so Bach. Dazu werde das Lachen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich als unterstützende Maßnahme öfter eingesetzt, um bessere Therapieerfolge zu erzielen. In den Empfehlungen an ein Krankenhaus der Zukunft von Hirschhausen (2015) wird u.a. von einer Förderung des Humors gesprochen.

Die Alterspsychiatrie sei immer noch in großen Teilen eminentbasiert, sagte Prim. Dr. Christian Jagsch, Leiter der Abteilung für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie am LKH Graz Süd-West: „Jedoch waren viele frühere Entwicklungen in dem Fach Psychiatrie immer schon sowohl eminent- als auch humanbasiert.“ Eine wichtige Aufgabe der Alterspsychiatrie sei es, dem Menschen Gehör und Respekt zu verschaffen. „Wenn wir eine humanbasierte Alterspsychiatrie betreiben wollen, müssen wir Betroffene auch zu Fragen der Forschungsthemen miteinbinden. In der Therapieplanung für ältere Menschen muss die Erhaltung der Selbstständigkeit im Zentrum stehen“, betonte Jagsch.

Wie viel kostet uns der Mensch?

Prim. Dr. Marco Hassler, ärztlicher Leiter des Sonnberghofs – Zentrum für onkologische Rehabilitation in Bad Sauerbrunn,

Referenten (in alphabetischer Reihenfolge)

- Dr. Ute **ANDORFER**
Anton-Proksch-Institut, Wien
- Mag. Dr. phil. Doris **BACH**
Braincare – Institut für seelische Gesundheit, Wien
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Christian **HARING**
Landeskrankenhaus Hall, Tirol
- Prim. Dr. Marco **HASSLER**
Der Sonnberghof – onkologische Rehabilitation, Bad Sauerbrunn
- Dr. Eva **HÖTL**
Gesundheitszentrum Erste Bank, Wien
- Prim. Dr. Christian **JAGSCH**
Landeskrankenhaus Graz Süd-West, Abteilung für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie, Graz
- Prim. Dr. Matthias **KÖNIG**
Neurologisches Therapiezentrum Kapfenberg
- Prim. Univ.-Prof. DDr. Michael **LEHOFFER**
Landeskrankenhaus Graz Süd-West, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie 1, Graz
- Prim. Dr. Roland **MADER**
Anton-Proksch-Institut, Wien
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael **MUSALEK**
Anton-Proksch-Institut, Wien
- Univ.-Doz. Dr. Martin **POLTRUM**
Anton-Proksch-Institut, Wien
- Prim. Dr. Wolfgang **PREINSPERGER**
Anton-Proksch-Institut, Wien
- Dr. Oliver **SCHIEBENBOGEN**
Anton-Proksch-Institut, Wien
- ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas **SZKERES**
Ärztammer für Wien



HERZSCHWÄCHE IN ZAHLEN



DATEN & FAKTEN

ca. **1–2 %** der Bevölkerung leiden an Herzschwäche¹

Herzschwäche ist die häufigste Ursache für Krankenhausaufenthalte bei über **65-Jährigen**²



5 JAHRE nach einer Herzinsuffizienz-Hospitalisierung versterben fast **50 % DER PATIENTEN**³

Das Leiden kann sich in jedem Alter entwickeln, tritt jedoch bei älteren Menschen häufiger auf.



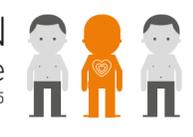
- ♥ Ca. **1%** der unter 65-Jährigen,
- ♥ **3%** der 65- bis 74-Jährigen
- ♥ **7%** der 75- bis 84-Jährigen und
- ♥ über **10%** der über 85-Jährigen sind bereits davon betroffen.¹

1 von 5 erkrankt im Lebensverlauf an über 40 Herzschwäche⁴



ERKRANKUNGEN & SYMPTOME

1 von 3 HÄLT SYMPTOME VON Personen **ALTERSERSCHEINUNGEN**⁵



NICHT EINMAL **1 von 10** Personen erkennt die **drei häufigsten Symptome einer HERZINSUFFIZIENZ.** Dazu gehören **GESCHWOLLENE BEINE, ATEMNOT** und/oder **HUSTEN** und **RAPIDE GEWICHTSZUNAHME**⁶

DIAGNOSE & THERAPIE

nur **50%**

der Herzinsuffizienz-Patienten nehmen ihre **MEDIKAMENTE** regelmäßig ein⁷



HOSPITALISIERUNG & STERBLICHKEIT

Mehr als **14.000** **TODESFÄLLE** aufgrund von Herzinsuffizienz IN ÖSTERREICH JÄHRLICH⁸

25 % werden innerhalb von **30 TAGEN** nach der letzten Spitalsentlassung wieder stationär aufgenommen^{9,10}

Eine optimale Behandlung könnte **400 Todesfälle** und bis zu **2.000** Krankenhausaufnahmen pro Jahr vermeiden⁸



ANTON PROKSCH INSTITUT
API BETRIEBS GEMEINNÜTZIGE GMBH

v.l.: Prok. Mag. Ludwig Bichler, MBA, Konzernsprecher der VAMED AG, Mag. Gottfried Koos, Vorstandsmitglied der VAMED AG, Mag. Richard Gauss, Präsident der Stiftung Anton-Proksch-Institut Wien, Mag. Beate Hartinger-Klein, Bundesministerin für Soziales und Gesundheit, Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Mussalek, Ärztlicher Leiter des Anton-Proksch-Instituts, DSA Gabriele Gottwald-Nathaniel, MAS, Geschäftsführerin des Anton-Proksch-Instituts, Mag. Christian Breitfuß, Geschäftsführer des Anton-Proksch-Instituts

sprach von Erfahrungen aus der onkologischen Rehabilitation: „Heutzutage wissen wir, dass Rehabilitation schon während der eigentlichen Therapie beginnt: Der erwartbare Funktionsverlust soll gemindert werden, Training schon während der onkologischen Therapie führt zu einer besseren Verträglichkeit und besserem Befinden. Eine dreiwöchige stationäre Rehabilitation bringt eine Symptomreduktion sowohl in körperlicher als auch psychischer Hinsicht, die durchaus langanhaltend sein kann“, so Hassler.

und Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres über die humanbasierte Medizin im österreichischen Gesundheitssystem.

Therapien individualisieren
Die Samstag-Session wurde von Prim. Dr. Matthias König, ärztlicher Direktor des Neurologischen Therapiecenters Kapfenberg, mit dem Vortrag über Erfahrungen aus der neurologischen Frührehabilitation eröffnet. „Die interdisziplinäre intensivmedizinische Frührehabilitation ist eine Leistung, die es in dieser Form in Österreich noch nicht gibt“, so König. In anderen Ländern gebe es Einrichtungen, in denen man Konzepte der Intensivmedizin mit der neurologischen Reha verbindet. Es ist laut König geplant, dass bis 2022 eine solche Einrichtung auch in Österreich in Betrieb geht.

„Mein Credo ist, den Menschen in den Mittelpunkt zu stellen – sowohl in der Gesundheits- als auch in der Sozialpolitik.“

Beate Hartinger-Klein

Dr. Eva Hödl referierte anschließend über die humanbasierte Arbeitsmedizin: „Durch die unglaubliche Veränderung der Arbeitswelt in den letzten Jahrzehnten hat sich auch der Fokus der Arbeitsmedizin verändert. Während es vor 50 Jahren in der Industrie und Landwirtschaft vor allem um die körperliche Sicherheit ging, geht es heutzutage weit öfter um das psychische Wohlbefinden“, sagte Hödl. Aus diesem Grund sei es wichtig, alle Beteiligten im Arbeitsprozess zu verstehen. Laut Hödl

ist das Wiedereingliederungsteilzeitgesetz ein guter Ansatz, weil es Menschen mit chronischen Erkrankungen hilft, wieder ins Arbeitsleben einzusteigen.

Über die individualisierte Pharmakotherapie sprach Prim. Univ.-Prof. Dr. Christian Haring von der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie B des Landeskrankenhauses Hall. „Therapien müssen an den Patienten angepasst sein. Da sind Aspekte wie Alter, Geschlecht und Gewicht oder Psyche bzw. persönliche Erfahrungen zu berücksichtigen. Das spiegelt sich auch in der Medikation wider. Bei der Pharmakodynamik und Pharmakogenetik ist es wichtig, sowohl auf das Zusammenspiel der Medikamente als auch auf die persönliche Verträglichkeit des Patienten Rücksicht zu nehmen“, erklärte Haring.

Prim. Dr. Wolfgang Preinsperger vom Anton-Proksch-Institut beschäftigte sich in seinem Vortrag mit der patientenzentrierten Behandlung Opiatabhängiger. „In der Behandlung Opiatabhängiger geht es um eine hochkomplexe Erkrankung mit mannigfaltigen Krankheitsprozessen, vielfältigen Interaktionen zwischen Krankheitsprozessen und Behandlungsinterventionen im Hinblick auf die spezielle bedürfnisgerech-

te Bezugnahme auf die Patienten und ihre individuellen Krankheits- und Lebensgeschichten“, so Preinsperger. Durch ein breites Spektrum an ambulanten und stationären Einrichtungstypen und Interventionsansätzen sei das aktuelle Angebot an Therapien wesentlich besser auf Patienten ausgerichtet.

Als letzter Vortragender des zweitägigen Kongresses sprach Dr. Oliver Scheibenbogen (Anton-Proksch-Institut) über den so genannten Goal-oriented Dialogue (GoD). „Ein guter Therapeut oder Arzt fragt verstärkt nach der Person, seinen Zielen und Stärken statt elendslang nach seinen Schwächen“, so Scheibenbogen. „Studien haben ergeben, dass nur sechs Prozent der Patienten wollen, dass die Behandlungsentscheidung nur vom Patienten oder nur vom Arzt alleine getroffen wird. 94 Prozent wünschen sich hingegen, dass die Entscheidungsfindung gemeinsam getroffen wird und sich als gemeinsam erlebter Prozess vollzieht, in dem Informationen zwischen Arzt und Patient intensiv behandelt werden“, betonte Scheibenbogen.



Mehr Informationen finden Sie auf www.herzstark.at

NOVARTIS

REFERENZEN: 1 Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. Heart 2007;93:1137-1146. 2 Prim. Priv.-Doz. Dr. Deddo Mörth (2016) Herzinsuffizienz Österreichische Ärztezeitung Nr. 8. http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaz-2016/oeaz-8-75042016/dtp-literaturstudium-herzinsuffizienz-herf-priv-doz-deddo-moerth.html (abgerufen am 1.3.2018). 3 Go et al. Heart Disease and Stroke Statistics – 2014 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation 2014. 4 Lloyd-Jones DM et al. Lifetime risk for developing congestive heart failure: the Framingham Heart Study. Circulation 2002; 106:3068-72. 5 Kemna WJ et al. Public awareness of heart failure in Europe: first results from SHAF. European Heart Journal 2005; 26:2483-2491. 6 TNS UK Limited. March 2014. Survey of 11,000 members of the public aged 50+ years old in Europe. Funded by Novartis. Siehe auch <http://www.novartis.com/pressroom/heart-failure-awareness-day-06-may-2014> (abgerufen am 1.3.2018). 7 Maruff et al. Influence of drug adherence and medical care on heart failure outcome in the primary care setting in Austria. Pharmacoeconomics and Drug Safety 2015; 24: 722-730. 8 Müller M, Hüttemann M, Mori D. Auswirkungen von Sacubitril/Valsartan auf Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Auswurfleistung: Eine epidemiologische Bewertung mit Blick auf Österreich // Impact of Sacubitril/Valsartan Treatment in Patients with Heart Failure. Journal für Kardiologie 2017; 24 (9-10): 200-204. 9 Krumholz HM, Merrill AR, Schoen EM, et al. Patterns of hospital performance in acute myocardial infarction and heart failure 30-day mortality and readmission. Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2009;2(5):407-413. 10 Cowie MR, Anker SD, Cleland JGF. (2014) Improving Care for Patients With Acute Heart Failure: Before, During and After Hospitalization. Oxford PharmaGenesis. Verfügbar unter www.oxfordhealthpolicyforum.org/AHFReport (abgerufen am 1.3.2018)

Lehrpraxen sollen Hausarztberuf attraktiv machen

Die sechsmonatige Lehrpraxis ermöglicht es den Ärzten in Ausbildung, auch außerhalb des Krankenhauses bzw. eines Ambulatoriums Erfahrungen zu sammeln. Darüber hinaus haben Jungärzte die Möglichkeit, mit dem jeweiligen Arbeitsgebiet direkt vor Ort in Berührung zu kommen – so ergibt sich die Chance, das gesamte Spektrum des Hausarztberufs kennenzulernen. Ärzte in Ausbildung können so Einblicke in den unternehmerischen und steuerlichen Teil der Ordination sowie ins Kassensystem bekommen. Die Lehrpraxisinhaber sind zur Ausbildung der Turnus- und Assistenzärzte mit dem Ziel der Vorbereitung auf die Tätigkeit als niedergelassener Arzt verpflichtet. Dadurch ist eine hohe Qualität bei der Ausbildung gesichert. Schließlich soll die verpflichtende

Lehrpraxis zu einer Aufwertung des Allgemeinmedizinerberufs beitragen.

24,8 Millionen Euro haben der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Bund, Länder und die Österreichische Ärztekammer für die Finanzierung der Lehrpraxen von 2018 bis 2020 sichergestellt. Den größten Anteil von jeweils 32,5 Prozent übernehmen die Sozialversicherungen sowie die Länder. Die Förderung des Bundes beträgt 25 Prozent und ist mit vier Millionen Euro gedeckelt. Sollten diese Mittel ausgeschöpft sein, übernehmen die Länder

te. Die Ärzte übernehmen zehn Prozent der Lehrpraxiskosten.

Gemeinsames Finanzierungsmodell

„Durch die Reform der ärztlichen Ausbildungsordnung per 1. Juni 2015 wurde die Absolvierung einer Lehrpraxis im Anschluss an den so genannten Spitalsturnus verpflichtend, um das im Krankenhaus erworbene Wissen nun vor Ort für die Patienten unter Begleitung des Lehrpraxisinhabers anzuwenden“, sagte Bundesministerin für Gesundheit und Soziales, Mag. Beate Hartinger-Klein, auf der Pressekonferenz, die Mitte Februar anlässlich der Präsentation

der Lehrpraxisfinanzierung im Sozialministerium organisiert wurde.

„Lag die Finanzierung bis dato nur in der Verantwortung des Bundes, so wurde es durch diese Änderung notwendig, Sozialversicherung, Länder und Ärztekammer als Systempartner mit ins Boot zu holen, was uns nun gelungen ist. Im Interesse der Patienten wird durch die hohen Anforderungen an den Lehrpraxisinhaber eine Qualitätssicherung dieses Ausbildungsschrittes gewährleistet. Gleichzeitig wird aber auch dem Grundsatz der freien Berufe, wonach Berufstätige ihren Nachwuchs selbst ausbilden, entsprechend Rechnung getragen“, so die Bundesministerin.

Die verpflichtende Lehrpraxis zielt auch darauf ab, die hausärztliche Versorgung in ganz Österreich abzusichern und zu stärken. Laut aktuellen Schätzungen werden

Durch eine Einigung von Sozialversicherung, Bund, Ländern und Ärztekammer wurde Mitte Februar ein Finanzierungsmodell für die verpflichtende Lehrpraxis von Jungärzten in Österreich präsentiert. Verpflichtende sechsmonatige Lehrpraxen sollen den Hausarztberuf künftig attraktivieren und eine wirksame Maßnahme gegen den drohenden Mangel an Allgemeinmedizinern sein.

Von Dr. Nedad Memic

„Es wurde notwendig, Sozialversicherung, Länder und Ärztekammer als Systempartner mit ins Boot zu holen, was uns nun gelungen ist.“

Beate Hartinger-Klein

allein in den nächsten zehn Jahren rund 50 Prozent der österreichischen Hausärzte in Pension gehen. Die Lehrpraxen sollen nun Jungärzte motivieren, den Hausarztjob anzutreten. „Uns ist der Hausarzt ganz wesentlich und steht im Zentrum“, sagte Dr. Alexander Biach, Vorsitzender des Verbandvorstands im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. „Die Lehrpraxen sind ein Teil unserer Maßnahmen, das österreichische Hausarztssystem zukunftsfähig zu machen. Die Ausbildung in der Praxis hat positive Auswirkungen

in mehrfacher Hinsicht: Wir lösen einen Qualitätsschub aus, weil angehende Ärzte bestmöglich auf ihren künftigen Beruf vorbereitet werden. Weiters steigen die Chancen, dass sich junge Ärzte für den Beruf des niedergelassenen Praktikers entscheiden, wenn sie diese Tätigkeit im Rahmen ihrer Ausbildung kennenlernen. Beides liegt im Interesse unserer Versicherten“, so Biach.

Das Programm sieht vor, dass rund 450 Lehrpraktikanten für jeweils ein halbes Jahr beim ausbildenden praktischen Arzt, in einer Gruppenpraxis oder in einem Lehrambulatorium verbringen. Der Kostenberechnung liegen Gehaltskosten von 27.000 Euro je Lehrpraktikant für ein halbes Jahr zugrunde. Für 450 Lehrpraktikanten ergibt dies ab 2019 jährliche Kosten von zwölf Millionen

Euro im Vollausbau. Im Startjahr 2018 sind zwei Millionen Euro einkalkuliert.

Als weiteren wichtigen Beitrag der Sozialversicherung führte Biach an, dass mit der Österreichischen Ärztekammer der gesetzlich vorgesehene Lehrpraxengesamtvertrag abgeschlossen wurde. Dies stellt sicher, dass die Tätigkeiten der Lehrpraktikanten auch vom jeweiligen Vertragsarzt mit der Sozialversicherung abgerechnet werden können. Das stellt einen weiteren Beitrag der Sozialversicherung zur Unterstützung der Lehrpraxis dar. Mit der Forderung der Lehrpraxen wird im Interesse der Versicherten eine langjährige Forderung erfüllt. „In unserer Verantwortung für den niedergelassenen Bereich

haben wir es immer als Mangel gesehen, dass die Ausbildung der Ärzte bisher ausschließlich im Spital stattfindet. Dies trägt den unterschiedlichen Herausforderungen, mit denen ein niedergelassener Arzt konfrontiert ist, nicht Rechnung“, betonte Alexander Biach.

Motivation für den Hausarztberuf

Die gemeinsame Finanzierung der Lehrpraxen leistet auch einen wesentlichen Beitrag zur Absicherung der wohnortnahen medizinischen Versorgung. „Ob diese in Einzelpraxen oder im Rahmen der neuen Primärversorgung erfolgt: Alle Versorgungsformen benötigen hochqualifizierte und für die Herausforderungen im niedergelassenen Bereich gerüstete Ärzte“, sagte der Vorstandsvorsitzende des Hauptverbands.

Auch in der Österreichischen Ärztekammer ist man mit dem Finanzierungsmodell der Lehrpraxen für Jungärzte zufrieden: „Die Lehrpraxis für Jungärzte war eine langjährige Forderung der Ärzteschaft. Ich freue mich, dass es gelungen ist, gemeinsam mit dem Ministerium, dem Hauptverband und den Ländern die Finanzierung der Lehrpraxen zu lösen“, so der Ärztekammer-Präsident ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres. „Damit wurde einerseits eine langjährige Forderung der Ärztekammer umgesetzt und andererseits ein wichtiger Schritt gesetzt, um dem bevorstehenden Hausärztemangel langfristig entgegenzuwirken. Gerade die Lehrpraxis, das Lernen draußen in der Praxis, ist ein essenzieller

Teil der Ausbildung unserer Jungmediziner. Sie wird – wie wir aus Umfragen unter den Ärzten in Ausbildung wissen – oft als ‚die schönste Zeit der Ausbildung‘ empfunden und sehr oft sind es die konkreten positiven Erfahrungen in der Lehrpraxis, die den Ausschlag für die spätere Entscheidung zum niedergelassenen Allgemeinmediziner geben“, so der Ärztekammer-Präsident.

„Die Lehrpraxis ist ein Hebel, um mehr Ärzte in den niedergelassenen Bereich zu bringen, und soll nicht nur zu mehr, sondern auch zu besser ausgebildeten Allgemeinmedizinern beitragen“, so Dr. Johannes Steinhart, Vizepräsident der Österreichischen Ärztekammer und Obmann der Bundeskurie niedergelassene Ärzte. „Für die jetzt erzielte Lösung haben wir inner-

Teilnehmer der Pressekonferenz (in alphabetischer Reihenfolge)

Dr. Alexander **BIACH**
Vorstandsvorsitzender im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Mag. Beate **HARTINGER-KLEIN**
Bundesministerin für Gesundheit, Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

Dr. Johannes **STEINHART**
Vizepräsident der Österreichischen Ärztekammer, Obmann Bundeskurie niedergelassene Ärzte

Ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas **SZEKERES**
Präsident der Österreichischen Ärztekammer



Patientensicherheit Personal und Infrastruktur von grundlegender Bedeutung

halb der Ärztekammer die Vorarbeiten geleistet, indem die Bundeskurie niedergelassene Ärzte mit der Bundeskurie angestellte Ärzte einen Kollektivvertrag abgeschlossen hat. Dementsprechend sollen Jungärzte in der Lehrpraxis bei einem niedergelassenen Arzt gleich viel verdienen wie Jungärzte im Spital. Eine Benachteiligung von Allgemeinmedizinerinnen gegenüber Fachärztinnen wäre zum einen nicht gerecht, zum anderen hätte sie viele Interessenten von einer Lehrpraxis abgehalten“, erklärte Steinhart. „Die Lehrpraxis kommt nicht nur den Bedürfnissen der Patienten entgegen, die sich mehr und mehr sehr gut ausgebildete Hausärzte wünschen, sie orientiert sich auch an den Vorstellungen der Studierenden. Das zeigt, wie wichtig es ist, durch das Erleben der Ordination, durch das Hineinschnuppern in den Praxisalltag Erfahrungen zu sammeln, das Kassensystem kennen zu lernen und sich besser orientieren zu können. Die Lehrpraxis bietet genau das“, sagte der Ärztekammer-Vizepräsident.

„Ich freue mich, dass es gelungen ist, gemeinsam mit dem Ministerium, dem Hauptverband und den Ländern die Finanzierung der Lehrpraxen zu lösen.“

Thomas Szekeres

Viele Lehrpraxisinhaber freuen sich laut Steinhart, junge Kolleginnen und Kollegen sechs Monate lang auszubilden. „Ich

finde es sehr positiv, dass es hier zwischen den Generationen einen Brückenschlag gibt. Das ist genau der Aspekt, der mit diesem Projekt erreicht werden konnte“, betonte der Obmann der Bundeskurie niedergelassene Ärzte. Die Österreichische Ärztekammer erwartet sich von diesem Programm mehr Motivation für den Beruf des Allgemeinmediziners.

Neue Herausforderungen

Nicht nur ein drohender Mangel an Allgemeinmedizinerinnen, sondern auch die aktuelle demografische Entwicklung stellt das österreichische Gesundheitssystem vor große Herausforderungen, wusste der Ärztekammer-Präsident Thomas Szekeres: „Die Patienten werden mehr und sie werden älter. Das bedeutet, dass mehr chronische Krankheiten in Zukunft auch entsprechend betreut werden müssen. Aus diesem Grund denken wir, dass das Gesundheitssystem in Zukunft nicht billiger sein wird. Auch in der Vergangenheit sind die Kosten nicht explodiert. Immerhin gibt Österreich weniger aus für Gesundheit als Deutschland oder die Schweiz,

„Die Lehrpraxis kommt nicht nur den Bedürfnissen der Patienten entgegen, sie orientiert sich auch an den Vorstellungen der Studierenden.“

Johannes Steinhart

Facharzt oder Spitalsarzt. Sie haben eine persönliche Bindung zu ihrem Haus-

bei einem durchaus vergleichbar guten System“, so Szekeres. Außerdem nimmt der Hausarzt eine zentrale Rolle in der medizinischen Versorgung ein: „Die Patientinnen und Patienten schätzen ihren Hausarzt maximal. Bei Umfragen sagen 95 Prozent der Patienten, dass der Hausarzt ihr Lieblingsarzt ist, noch vor dem niedergelassenen Facharzt oder Spitalsarzt. Sie haben eine persönliche Bindung zu ihrem Haus-

Die Pressekonferenz war auch eine Gelegenheit, um über das Regierungsprogramm im Bereich der Sozialversicherung zu sprechen. Dabei wurde der Fokus auf die geplante Leistungsharmonisierung gelegt: „In der Zielvereinbarung, die wir mit den Krankenkassen vereinbart haben, werden wir die Leistungsharmonisierung vorantreiben“, sagte Alexander Biach. „Das wird in zwei Schritten erfolgen: Der erste Schritt sind die Selbstbehalte, die der Patient selbst bezahlt, bzw. die Zuschüsse, die man gewährt bekommt. Die beiden Punkte wollen wir noch in diesem Jahr harmonisieren, damit hier eine empfundene Gerechtigkeit gegeben ist“, so Biach. Der zweite Schritt sei ein Versuch, bis 2020 einen Ärzterahmenvertrag für Österreich auszuarbeiten.

FactBox:

Finanzierungsmodell für Lehrpraxen

- **Kosten:** 24,8 Millionen (2018 bis 2020):
32,5% Sozialversicherung
32,5% Länder
25% Bund
10% Ärzteschaft

- **Dauer:** sechs Monate

- **Kosten pro Lehrpraktikant:** 27.000 Euro

- **Ausbildungsbedarf:** 450 Lehrpraktikanten pro Jahr



Ein kompetentes Personal und innovative Infrastrukturlösungen sind ein wichtiger Schritt in der Gewährleistung der Patientensicherheit. Über diese Themen diskutierten hochkarätige Experten auf Einladung des Vereins zur Förderung von Wissenschaft und Forschung (vfwf) bei einem Gipfelgespräch auf der alten Schafalm in Alpbach.

Von Dr. Nedad Memić

Die Medizin entwickelt sich „rascher als der Infrastrukturbau“, betonte der Moderator des Gipfelgesprächs, Prof. Dr. Klaus Markstaller, Leiter der Universitätsklinik für Anästhesie, allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie der MedUni Wien und vfwf-Präsident. Aus diesem Grund erfordern Lösungen für eine bessere Patientensicherheit – sowohl im Infrastruktur- als auch im Personalbereich – genug Flexibilität, um mit ständig wandelnden Herausforderungen in der medizinischen Forschung und Versorgung von Patienten Schritt halten zu können.

Wenn es um das Zusammenspiel zwischen dem medizinischen Personal und der Patientensicherheit im Krankenhaus geht, zählen für Dr. Gerald Fleisch, Direktor der Voralberger Krankenhausbetriebsgesellschaft, in erster Linie die so genannten Soft Skills, erst dann die Expertise: „Am wichtigsten ist die Freude an der Branche und am Menschen. Erst wenn man das mit Hingabe macht, kann man den Begriff Expertise einfließen lassen“, so Fleisch. Man solle möglichst interdisziplinäre Teams bilden, „in die alle ihre Fachkenntnisse einbringen können und an einem Strang ziehen sollten. Die beste Expertise stellt aber eine gute Unternehmenskultur dar.“

Zu einer guten Unternehmenskultur gehört auch Personal, das Verantwortung und Befugnisse übernimmt, meinte Prim. Univ.-Prof. Dr. Robert Hawliczek vom Referat für leitende Ärzte der Ärztekammer Wien: „Der Hauptfaktor der Patientensicherheit ist die Personalqualität, insbesondere die Rekrutierung, die Ausbildung und die Förderung. Wir brauchen keine Manager, sondern Führungskräfte, die managen können. Unser Personal muss man arbeiten lassen“, war Hawliczek kategorisch.

Ein wichtiger Punkt im Personalmanagement ist auch der qualitativ fundierte Austausch unter dem Personal unterschied-

licher Fächer im intramuralen Bereich: „Momentan sind wir im Krankenhaus eher isoliert, sowohl was Abteilungen als auch in den Großkliniken sogar Arbeitsgruppen betrifft. Die interdisziplinäre Kommunikation, die seit den 1980er-Jahren vernachlässigt wurde, muss wieder gefördert werden“, sagte Univ.-Prof. Dr. Günther Steger, Professor für internistisch-onkologische Brustkrebsforschung an der Klinischen Abteilung für Onkologie, MedUni Wien. „Adäquat dimensionierte interdisziplinäre Teams, in denen Vertreter aller medizinischen und technischen sowie administrativen Fachgruppen zusammenkommen, sind heute essenziell. Dies kann aber nur dann entsprechend genutzt und umgesetzt werden, wenn diese Aspekte bereits im Studium und in der beruflichen Ausbildung nicht nur gelehrt, sondern auch gelebt und laufend trainiert werden“, so Steger.

„Modernes Krankenhausmanagement bedeutet, sich um gute Mitarbeiter zu bemühen, damit diese dem Unternehmen erhalten bleiben.“

Gerald Fleisch

Die zunehmende Interdisziplinarität und Bündelung von Kompetenzen im intramuralen Bereich erfordern auch eine neue Aufgabenverteilung, etwa in Form eines zentralen Patientenmanagements: „Wir bauen gerade in chirurgischen Fächern eine zentrale Patientensteuerung von der Aufnahme bis zu Entlassung auf. Es hat sich gezeigt, dass wir für solche Prozesse spezialisierte Fachleute benötigen, sagte Univ.-Doz. Dr. Wolfgang Buchberger, MSc, medizinischer Direktor der Tirol Kliniken GmbH.

Entfaltung von Mitarbeitern

Davon, dass man die Qualität des Krankenhauspersonals bereits in der Ausbildungsphase berücksichtigen muss, war auch Gerald Fleisch überzeugt: „Qualität beginnt bei den Mitarbeitern: Man benötigt hochqualifizierte Mitarbeiter, die von Ausbildungsunternehmen so sozialisiert werden, dass sie Freude an der Qualität haben. Seit dem Paradigmenwechsel im Gesundheitssystem steht heute nicht mehr genügend Personal am Arbeitsmarkt zur Verfügung, daher gibt es einen Run auf die qualifizierten Arbeitskräfte“, sagte Fleisch. Die Patientensicherheit hänge jedoch von der Qualität der Mitarbeiter ab: „Man muss Rahmenbedingungen schaffen, unter denen sich die Mitarbeiter entfalten können. Modernes Krankenhausmanagement bedeutet, sich um gute Mitarbeiter zu bemühen, damit diese dem Unternehmen erhalten bleiben“, betonte der Direktor der Voralberger Krankenhausbetriebsgesellschaft.

Ein stetige Infrastrukturentwicklung ist für die Patientensicherheit das Gebot der Stunde, appellierten die Experten: „Es ist dringend notwendig, die infrastrukturellen Voraussetzungen nicht nur auf einen akzeptablen internationalen Standard zu bringen, sondern sie auch auf diesem Niveau zu halten“, war Günther Steger überzeugt.

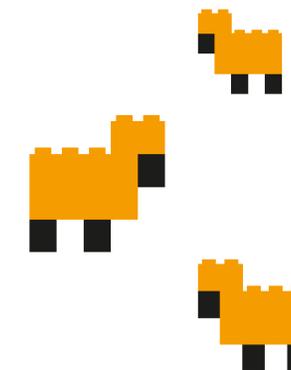
Das moderne Qualitätsmanagement für die Patientensicherheit im intramuralen Bereich eine Schlüsselrolle spielt, bestätigte auch Günter Steger: „Durch die zunehmende Komplexität der vielfältigen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der modernen Medizin steigen die Anforderungen an ein adäquates Qualitätsmanagement stetig, wobei sich immer mehr zeigt, dass dem Schnittstellenmanagement und der Kommunikation zentrale Rollen zukommen.“

Neue Strukturen wagen

Zum Qualitätsmanagement gehört auch die Gewährleistung der Ablaufqualität komplexer interdisziplinärer Prozesse im intramuralen Bereich – und da gibt es in den österreichischen Krankenhäusern Nachholbedarf: „Hier müssen wir eine Fehlerkultur entwickeln und die Schnittstellenproblematik stets kritisch im Auge behalten“, appellierte Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant, Leiter der Universitätsklinik für Chirurgie an der MedUni Wien. Die Patientensicherheit hängt schließlich auch von entsprechenden baulichen und räumlichen Strukturen ab. „Diese Strukturen müssen aus der Patientensicht übersichtlich sein. Patientenströme sollten so gelenkt werden, dass der Patient zum richtigen Zeitpunkt der richtigen Behandlung zugeführt werden kann. Dazu muss der extramurale Bereich miteinbezogen werden, damit entlang des gesamten Behandlungspfades ein optimales Schnittstellenmanagement herrscht“, erklärte Gerald Fleisch.

Bei der Gestaltung neuer Strukturen im Krankenhaus können durchaus auch Best-Practice-Beispiele aus anderen Ländern durchaus als Ansporn dienen, weiß Dr. Armin Fidler, Senior Lektor am Management Center Innsbruck (MCI): „Ein Krankenhausbett kostet deutlich mehr als ein Luxushotelbett. Die Praxis aus anderen Ländern zeigt uns, dass es möglich ist in der unmittelbaren Nähe eines Krankenhauses Hotels zu betreiben, die mit dem Spital affiliert sind und manche Aufenthalte (z. B. für zytostatische Therapien) für Patient und Familie weit komfortabler und gleichzeitig weit ökonomischer gestalten als ein stationärer Aufenthalt in einem Krankenhaus“, sagte Fidler.

Ein stetige Infrastrukturentwicklung ist für die Patientensicherheit das Gebot der Stunde, appellierten die Experten: „Es ist dringend notwendig, die infrastrukturellen Voraussetzungen nicht nur auf einen akzeptablen internationalen Standard zu bringen, sondern sie auch auf diesem Niveau zu halten“, war Günther Steger überzeugt.



Teilnehmer

(in alphabetischer Reihenfolge)

Univ.-Doz. Dr. Wolfgang **BUCHBERGER**, MSc
Medizinischer Direktor der Tirol Kliniken GmbH

Dr. Armin **FIDLER**
Lektor Management Center Innsbruck (MCI)

Dr. Gerald **FLEISCH**
Direktor der Voralberger
Krankenhausbetriebsgesellschaft

Univ.-Prof. Dr. Michael **GNANT**
Leiter der Universitätsklinik für Chirurgie,
MedUni Wien

Prim. Univ.-Prof. Dr. Robert **HAWLICZEK**
Referat für leitende Ärzte, Ärztekammer Wien

Univ.-Prof. Dr. Lars **KAMOLZ**
Leiter der Klinischen Abteilung für Plastische,
Ästhetische & Rekonstruktive Chirurgie,
LKH-Universitätsklinikum Graz

DDr. Wolfgang **MARKL**
Kaufmännischer Direktor des
Landeskrankenhauses Hall

Univ.-Prof. Dr. Klaus **MARKSTALLER**
Leiter der Universitätsklinik für Anästhesie,
Allgemeine Intensivmedizin und
Schmerztherapie, MedUni Wien

Mag. pharm. Dr. Ulrike **MURSCH-EDLMAYR**
Präsidentin Apothekerkammer Österreich

Mag. Martin **SCHAFFENRATH**
Vorsitzender-Stv. des Verbandsvorstands
im Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger

Univ.-Prof. Dr. Günther **STEGER**
Professor für internistisch-analog, Brust-
krebsforschung an der Klinischen
Abteilung für Onkologie, MedUni Wien

COREMED: Forschung und Entwicklung, die unter die Haut geht

Pioniere

Mit 1. Jänner 2018 wurde das neue Forschungszentrum COREMED – Kooperatives Zentrum für Regenerative Medizin in Graz eröffnet und steht seitdem unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Lars-Peter Kamolz. Die Heilungskraft des Körpers verstehen und nutzen zu können ist das Ziel von COREMED, einer gemeinsamen Forschungs- und Entwicklungsinitiative der Medizinischen Universität Graz und der Joanneum Research Forschungsgesellschaft.
Von Dren Elezi, MA

Gesund alt werden ist das Hauptanliegen unserer zunehmend älter werdenden Gesellschaft und eine der größten aktuellen Herausforderungen für die Medizin und die medizinische Forschung. Eines der vorrangigsten Ziele von COREMED ist es, die Grundlagen der Wundheilung bei akuten und chronischen Wunden und die für die Regeneration der Haut relevanten biochemischen Vorgänge genau zu erforschen. Das Team des neuen Forschungszentrums versucht unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Lars-Peter Kamolz, diese komplexen biochemischen Prozesse zu entschlüsseln, und forscht hier gemeinsam mit Biologen, Chemikern, Medizinern und Materialtechnikern an völlig neuen Methoden der Wundbehandlung. Überdies soll die Wirksamkeit von bestehenden Behandlungsmethoden evaluiert und der Prozess der Hautalterung genau untersucht werden.

„Derzeit haben in der westlichen Welt rund ein bis vier Prozent der Menschen chronische Wunden. Da die Menschen immer älter

werden, gleichzeitig aber auch die Anzahl an chronischen Erkrankungen steigt, ist damit zu rechnen, dass die Anzahl an Menschen mit chronischen Wunden signifikant steigen wird und allein in Österreich nach aktuellem Stand rund 200.000 bis 300.000 Menschen betroffen sind“, so Univ.-Prof. Dr. Lars-Peter Kamolz, Leiter der Klinischen Abteilung für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie am Universitätsklinikum Graz. Es ist davon auszugehen, dass 2030 sogar rund die Hälfte der Bevölkerung älter als 60 Jahre sein wird. Diese Verhältnisse werden dazu führen, dass die Anzahl der Menschen mit chronischen Erkrankungen (z. B. Diabetes, chronische Wunden und Wundheilungsstörungen) signifikant ansteigen wird und dementsprechend mit gewaltigen Kosten für die Gesellschaft zu rechnen ist.

Heilen statt reparieren

Im Augenblick konzentrieren sich die Behandlungskonzepte bei vielen dieser Erkrankungen lediglich darauf, die Krankheitssymptome zu verringern, da eine Heilung im eigentlichen

Sinne oft nicht möglich ist. Genau hier setzt COREMED an und hat es sich zum Ziel gesetzt, grundlegende Heilungsvorgänge zu verstehen und diese gezielt zu unterstützen. Heilen statt reparieren heißt das Motto der regenerativen Medizin, die sich mit der Wiederherstellung von funktionsgestörten Zellen, Geweben oder Organen beschäftigt. Dies geschieht entweder durch Anregung der körpereigenen Regenerations- und Reparaturprozesse oder durch biologischen Ersatz in Form von lebenden Zellen oder eigens im Labor gezüchteten Geweben. Das Ziel ist es, den gesunden und funktionalen Originalzustand eines betroffenen Gewebes wiederherzustellen, statt es nur behelfsmäßig zu reparieren.

Während bei 20-jährigen Patienten die Wundheilungszeit für eine etwa 40cm² große Wunde im Durchschnitt 40 Tage beträgt, dauert die Wundheilung für das gleiche Areal bei alten Menschen rund doppelt so lange. Die altersbedingten Veränderungen der Haut führen zu einer verzögerten Wundheilung und Gewebe-

regeneration, womit auch das Risiko für eine postoperative Wundheilungsstörung mit zunehmendem Alter um bis zu 600 Prozent steigt. Die veränderte Beschaffenheit der Haut führt überdies zu einem verstärkten Auftreten von akuten und chronischen Wunden. Daher erfordert es eine gezielte Forschung in diesem Bereich, um den Hautalterungsprozess positiv beeinflussen zu können und die Wundheilungszeiten im Altern bzw. das Auftreten von chronischen Wunden zu verringern.

Diese Erkenntnisse können aber nicht nur medizinisch, sondern auch in der Kosmetik eingesetzt werden, da sich die zugrundeliegenden Mechanismen gleichen. Dabei handelt es sich beispielsweise um Substanzen, die Hautschäden im Alter verringern könnten. In diesem Forschungsbereich darf allerdings erst in ein paar Jahren mit Ergebnissen gerechnet werden.

Heilung durch Innovation

Ziel ist es, intelligente Verbandmaterialien so zu entwickeln, dass sie sowohl zeigen, wo ein Infekt oder eine Wundheilungsstörung vorliegt, als auch aufzuzeigen, was die Wunde benötigt, um die Heilung positiv beeinflussen zu können.

Ein intelligenter Wundverband würde es den Behandelnden zudem ermöglichen, den Zustand der Wunde abzulesen, ohne dass der Verband entfernt oder gewechselt werden muss. Diese Kontrolle sollte vor allem bei chronischen Wunden hinsichtlich hygienischer Gründe oder der Untersuchungen des Wundbereichs regelmäßig durchgeführt werden. Während beim Abnehmen des Wundverbands stets ein Infektionsrisiko besteht, müsste der intelligente Wundverband erst dann entfernt werden, wenn es unbedingt notwendig ist. So könnte der Heilungsprozess ungestört fortschreiten und unnötige Verbandswechsel vermieden werden.

Auch wenn in den letzten Jahren unzählige neue Verbandmaterialien zur Wundbehandlung entwickelt und auf den Markt gebracht worden sind, hat sich die Qualität der Wundbehandlung in vielen Bereichen nicht signifikant verbessert. Das liegt daran, dass die Wundbehandlung in vielen Bereichen noch nicht ausreichend evidenzbasiert ist und viele der Behandlungsentscheidungen auf einer klinischen Wundbeurteilung beruhen statt auf einer eigentlichen Wunddiagnostik. Hauptursachen hierfür sind einerseits der Umstand, dass der Prozess der Wundheilung noch nicht im kompletten Umfang erforscht und verstanden wurde, und andererseits daran, dass in unzureichendem Maße in die Forschung und Entwicklung im Bereich der Wunddiagnostik und Wundbehandlung investiert wurde. Statt neue Ansätze zu verfolgen, orientieren sich Unternehmen oft an den Materialien der Konkurrenz, was dazu führt, dass sich viele Verbandmaterialien nur marginal voneinander unterscheiden und ein großer Entwicklungssprung daher ausbleibt. Dennoch bleibt Kamolz zu Recht optimistisch und hofft, dass neue Forschungsprojekte dies grundlegend verändern wird können.

COREMED steht für regenerative Medizin

Innerhalb der Biomedizin gehört die regenerative Medizin zu den Gebieten mit der stärksten Entwicklungsdynamik und ist ein hochrelevanter Aspekt im Bereich der medizinischen Forschung und Entwicklung. Mit der Gründung von COREMED – Kooperatives Zentrum für Regenerative Medizin, die in enger Abstimmung und Zusammenarbeit mit der Medizinischen Universität Graz und der Joanneum Research Forschungsgesellschaft erfolgte, wurde nun ein neuer Impuls in der medizinischen Forschung und Entwicklung im Bereich der regenerativen Medizin mit Schwerpunkt auf Wundheilung und Regeneration der Haut gesetzt.

COREMED umfasst medizinische Grundlagenforschung, präklinische und klinische Forschung und bietet interdisziplinäre Gesamtlösungen in Forschungs- und Entwicklungsdienstleistungen wie beispielsweise für die pharmazeutische und MedTech-Industrie an. Im Bereich der regenerativen Medizin arbeitet das Zentrum an der kontinuierlichen Verbesserung der medizinischen Versorgung in Österreich und anderen Ländern.

Das Kooperative Zentrum für Regenerative Medizin wurde in dem Bestreben gebildet, die Zusammenarbeit von Wissenschaft und nationalen und internationalen Industriepartnern auf diesem Gebiet zu optimieren. Diese enge Zusammenarbeit soll einen schnellen Transfer von Forschungsergebnissen und neuen Entwicklungen in die Klinik ermöglichen. Mit seinem Standort am MED CAMPUS Graz kann COREMED auf vorhandene Ressourcen und Kooperationen in Bezug auf Wissenschaft und Forschung zurückgreifen. Am Standort besteht darüber hinaus ein starkes lokales Netzwerk an wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Einrichtungen und Playern des Life-Science-Bereichs – allen voran die Medizinische Universität Graz, die Joanneum Research Forschungsgesellschaft mbH (HEALTH – Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften, MATERIALS – Institut für Oberflächentechnologien und Photonik), die Karl-Franzens-Universität Graz, die Technische Universität Graz und die CBmed GmbH. Zudem kann sich das Zentrum auf die enge Kooperation mit nationalen und internationalen Partnern und Firmen stützen.



PLASTISCHE, ÄSTHETISCHE UND REKONSTRUKTIVE CHIRURGIE GRAZ
JOANNEUM RESEARCH



Univ.-Prof. Dr. Lars-Peter Kamolz

Direktor COREMED und Leiter der Abteilung für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Universitätsklinik für Chirurgie Graz

„Wir haben uns bei COREMED zum Ziel gesetzt, die Grundlagen der Wundheilung bei akuten und chronischen Wunden und die für die Regeneration der Haut relevanten biochemischen Vorgänge zu erforschen. Diese Erkenntnisse sollen dann zur Entwicklung neuer diagnostischer Instrumente, neuer Behandlungsmethoden und neuer Produkte verwendet werden. Wir freuen uns auf eine enge Zusammenarbeit mit unseren wissenschaftlichen Partnern und der Industrie.“

Univ.-Prof. Dr. Hellmut Samonigg
Rektor der Med Uni Graz

„Eingebettet in das universitäre Umfeld am MED CAMPUS Graz ist COREMED, das neue Kooperative Zentrum für Regenerative Medizin, ein weiterer wichtiger Baustein der sich dynamisch entwickelnden Medical Science City Graz und gleichzeitig Ausdruck für die erfolgreichen wissenschaftlichen Kooperationen am Standort Graz.“



Univ.-Prof. DI Dr. tech. Wolfgang Pribyl

Geschäftsführer Joanneum Research Forschungsgesellschaft mbH

„Mit der Gründung von COREMED – Kooperatives Zentrum für Regenerative Medizin setzt die JOANNEUM RESEARCH einen neuen Impuls in der medizinischen Forschung, insbesondere im Bereich der Wundheilung. Das Zentrum wird in enger Abstimmung und Zusammenarbeit mit der Medizinischen Universität Graz sowie mit HEALTH – Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften aufgebaut. Die Synergien zur Medizinischen Universität Graz und zu den dort vertretenen Forschungsinstitutionen und Clustern im Bereich Life Science werden durch die Einbettung in den neuen MED CAMPUS Graz am Zentrum für Wissens- und Technologietransfer in der Medizin (ZWT) optimal genutzt.“



Pioniere

Führend in der Herzinfarktforschung

Univ.-Prof. Dr. Bernhard Metzler zählt international zu den Spitzenforschern in der Kardiologie und Intensivmedizin, sein Spezialgebiet ist die Behandlung des Herzinfarkts. Im Gespräch mit dem PERISKOP erläutert er seine wissenschaftliche Arbeit und die Bedeutung seiner Arbeits- und Forschungsschwerpunkte im Bereich der Herzinfarktforschung.
Von Dr. Nedad Memić, Dren Elezi, MA

PERISKOP: Wie ist die Herzinfarktprävention und -versorgung in Österreich?
Metzler: Im Bereich der Versorgung ist Österreich in so genannte STEMI-Netzwerke aufgeteilt. Jede dieser Regionen verfügt über ein zuständiges Krankenhaus mit einem Herzkatheterlabor. Dort wird im Falle eines Herzinfarkts mittels einer akut durchgeführten Herzkatheteruntersuchung das betroffene Gefäß wiedereröffnet und mittels Stent versorgt. Dies ist in diesen Zentren rund um die Uhr an sieben Tagen pro Woche mit einem Team von Spezialisten möglich. Patienten werden mit der Rettung bzw. auch per Rettungshubschrauber schnellstmöglich zu einem zuständigen Krankenhaus transportiert.

Diese STEMI-Netzwerke bzw. die dahinterstehende Logistik sind in Österreich sehr gut etabliert. In Bezug auf die Prävention wird der Schwerpunkt vor allem im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit gelegt. Die Prävention leistet naturgemäß einen sehr wichtigen Beitrag zur Reduktion der Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Krankheiten. Die Hauptrisikofaktoren, die zur Entwicklung von atherosklerotischen Veränderungen in den Herzkranzgefäßen führen, welche dann in weiterer Folge zu einem Herzinfarkt führen können, sind Rauchen, Bluthochdruck, hohes Cholesterin, familiäre Belastung und Diabetes mellitus. Dabei wird versucht, ein Bewusstsein zu entwickeln, indem eine Reihe von Maßnahmen wie gesunde Ernährung und Lebensweise, ausreichende Bewegung und Sport und der Verzicht auf das Rauchen nahegelegt werden.

P: Die Universitätsklinik für Kardiologie in Innsbruck gehört zu den weltweit führenden Zentren in der Herz-Magnetresonanztomografie (MRI). Wie kann die MRI helfen, den Herzinfarkt zu erkennen bzw. zu behandeln?
Metzler: Ziel dieser Forschungen ist es, die Ausbreitung des Herzinfarkts so weit zu ver-

ringern, dass damit die Überlebenschancen von Betroffenen erhöht werden. Je größer der Infarkt, desto schwerer der Schaden und desto geringer ist dann die Pumpleistung bzw. umso größer das Risiko für Komplikationen wie Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen oder ein plötzlicher Herztod.

Im MRI kann man die Größe bzw. Ausdehnung sehr genau messen. Keine andere Methode ist hierfür besser geeignet als die MRI. Die MRI kann auch für prognostische Aussagen eingesetzt werden. Hier gehören wir zu den weltweit führenden Zentren!

P: In Ihrer Arbeitsgruppe untersuchen Sie insbesondere Biomarker, die eine rasche Herzinfarkt-Diagnose ermöglichen. Zu welchen Ergebnissen sind Sie gekommen?
Metzler: Neue Biomarker wie Galectin, Copeptin und FGF-23 können auch zur Abschätzung der Herzinfarktgröße und zur Prognose verwendet werden. Bisher wurden hierfür nur die klassischen Marker wie Troponin und BNP verwendet. In den Behandlungsrichtlinien der Europäischen Kardiologischen Gesellschaft ist der von uns publizierte BNP-Wert übernommen worden,

was die internationale Bedeutung unserer Forschung betont und unter Beweis stellt.

P: Ihr Forschungsteam beschäftigt sich auch mit der so genannten Kühltherapie.
Metzler: Bei der so genannten therapeutischen Hypothermie wird während des Herzinfarkts die gesamte Körpertemperatur auf ca. 33°C gekühlt. Dadurch ist weniger Energie notwendig, der Herzmuskel wird geschont und die Infarktausbreitung kann deutlich limitiert werden.

P: Ihre Forschungsergebnisse wurden bereits in die Behandlungsrichtlinien der Europäischen Kardiologischen Gesellschaft übernommen. Was bedeutet das für die kardiologische Forschung in Innsbruck und Österreich?
Metzler: In erster Linie zeigt diese internationale Anerkennung, dass unsere Forschungen von großer Bedeutung und Relevanz für die Behandlung von Patienten sind. Aktuell besteht meine Arbeitsgruppe aus 15 Mitgliedern. Relevante Forschung ist heutzutage nur mit einem motivierten Team möglich. Besonders stolz bin ich, dass meine Mitarbeiter, d.h. Dissertanten und Assistenzärzte, in den letzten Jahren über 20 Auszeichnungen und Stipendien zugesprochen bekamen.

Für die in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegene Lebenserwartung sind die Fortschritte in der kardiologischen Diagnostik und Therapie sehr maßgeblich mitverantwortlich. Dank der neuesten Entwicklungen erhöhen wir die Chancen, dass betroffene Patienten mit einem Herzinfarkt wesentlich bessere Überlebenschancen haben.

P: Sie gehören zu den Spitzenforschern im Bereich der Medizin in Österreich. Wie wichtig ist die Grundlagenforschung für den klinischen Alltag und wo sehen Sie Verbesserungspotenziale?
Metzler: Grundlagenforschung ist sehr wichtig für die Weiterentwicklung der Medizin! Da die Mittel hierfür knapp sind, sind strategische Kooperationen zwischen verschiedenen Forschungsgruppen wichtig. Der gegenseitige Nutzen durch das Zusammenführen des jeweiligen Know-hows kann hierbei wertvolle und gleichzeitig kostensparende Synergien bewirken. Die Forschungsunterstützung lässt in Österreich im internationalen Vergleich leider zu wünschen übrig und sollte deutlich ausgebaut werden. Vor allem im Bereich der klinischen und universitären Weiterentwicklung ist die Forschung unbedingt notwendig.



Ist das österreichische Gesundheitssystem fit für die Zukunft? Aktuelle Brennpunkte gesundheitspolitischer Themenbereiche aus Parteiensicht

Am 15. Oktober 2017 hat Österreich einen neuen Nationalrat gewählt. Das PERISKOP hat dies zum Anlass genommen und die Gesundheitssprecher der im Nationalrat vertretenen Parteien zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen befragt.
Von Dr. Nedad Memić, Dren Elezi, MA

Pioniere

1. Im aktuellen Regierungsprogramm wird die Zusammenlegung der Kranken- und Sozialversicherungen als eines der großen Reformprojekte der neuen Bundesregierung angeführt. Was erwarten Sie sich von diesem Vorhaben?
2. Was ist Ihrer Meinung nach nötig, um eine Qualitäts- und Effizienzsteigerung im Bereich des Gesundheitswesens gewährleisten zu können?
3. Wo sehen Sie die größten Herausforderungen, mit denen das österreichische Gesundheitssystem in Zukunft konfrontiert sein wird?
4. Welche Maßnahmen sind in Anbetracht demografischer Veränderungen, hoher Gesundheitsausgaben und von Defiziten in der hausärztlichen Versorgung maßgeblich, um eine nachhaltige Primärversorgung in Österreich zu gewährleisten?

GABRIELA SCHWARZ

Die neue Volkspartei

AD 1. Bundeskanzler Sebastian Kurz und sein Team haben es sich zum Ziel gesetzt, am System und nicht bei den Menschen zu sparen. Dadurch soll die Effizienz zugunsten der Patienten verbessert und das Sozialversicherungssystem zukunftsfähig gemacht werden. Am Ende der Reform sollen höchstens fünf leistungsfähige, moderne und bürgernahe Sozialversicherungsträger stehen.

AD 2. Wir sichern die flächendeckende, wohnortnahe und persönliche hausärztliche Versorgung. Jeder soll, entsprechend seinen gesundheitlichen Problemen, am „best point of service“ – beim Hausarzt, beim Facharzt oder im Spital – behandelt werden, ohne endlose Wartezeiten und ohne im Kreis geschickt zu werden, bis die richtige Diagnose feststeht.

AD 3. Die größte Herausforderung für das österreichische Gesundheitssystem ist es, auch künftig sicherzustellen, dass alle Versicherten unabhängig von Alter, Einkommen oder Gesundheitszustand Zugang zur medizinischen Versorgung haben, wenn nötig auch zur Spitzenmedizin. Dazu gehören modernste Behandlungsmethoden, hochwirksame Medikamente und bestens ausgebildete Ärzte sowie Pflegepersonen. Und das natürlich flächendeckend.

AD 4. In den nächsten zehn Jahren geht rund die Hälfte der Hausärzte mit Kassenvertrag in Pension. Um den Nachwuchs zu sichern, wollen wir an unterschiedlichen Punkten ansetzen. Dazu gilt es, Allgemeinmediziner gerecht zu entlohnen, durch Landarztstipendien Anreize für Jungärzte zu setzen, mobile Einrichtungen stärker auszubauen und die Chancen der Digitalisierung zu nutzen. Diese Maßnahmen sollen die Effizienz und die Attraktivität steigern.

DR. PAMELA RENDI-WAGNER, MSc

SPÖ

AD 1. Die Sozialversicherungen arbeiten heute schon sehr effizient. Es gibt aber auch Effizienzpotenziale, durch die Ressourcen für eine bessere Betreuung der Versicherten geschaffen werden können. Reformen dürfen aber nicht dazu führen, dass Leistungskürzungen für Patienten durchgesetzt werden oder die Selbstverwaltung der SV infrage gestellt wird. Mein Ziel ist es, dass alle Patienten die gleiche und beste Leistung ihrer Krankenversicherung erhalten.

AD 2. Die wichtigste Maßnahme, um die beste Gesundheitsversorgung zu gewährleisten und die vorhandenen Ressourcen bestmöglich zu nutzen, ist, dafür zu sorgen, dass die Patienten so rasch wie möglich dort hinkommen, wo sie die beste Behandlung erhalten. Mit der telefonischen Gesundheitsberatung, die ich letztes Jahr präsentiert habe und die in Wien, Niederösterreich und Vorarlberg im Rahmen eines Pilotprojektes getestet wird, kommen wir diesem Ziel näher.

AD 3. Wir werden immer älter, aber die Anzahl an Jahren, in denen wir in Gesundheit leben, nimmt nicht gleichmäßig zu. Die größte Herausforderung sehe ich darin, die gesunden Lebensjahre durch mehr Prävention zu erhöhen. Wir sind auch in der Betreuung und Behandlung chronisch kranker und multimorbider Patienten gefordert. Hier benötigt es mehr Kontinuität in der Behandlung, wo vor allem mehr Fokus auf Primärversorgung und den Pflegebereich gelegt werden muss.

AD 4. Wir müssen den Beruf Hausarzt attraktiver gestalten. Viele junge Mediziner wollen eine bessere Work-Life-Balance, im Team arbeiten und geregelte Arbeitszeiten. Diesen Bedürfnissen sind wir mit den Regionalen Gesundheitszentren nachgekommen und haben mit dem Primärversorgungsgesetz eine rechtliche Grundlage geschaffen. Die Ärzte brauchen mehr Unterstützung und mehr Anreize. Der Schritt in die Selbstständigkeit muss erleichtert werden.

DR. DAGMAR BELAKOWITSCH

FPO DIE SOZIALE HEIMATPARTEI

AD 1. Nach dem Prinzip „gleicher Beitrag, gleiche Leistung“ braucht es Transparenz in den Beitragssätzen und Leistungskatalogen der SV-Träger. Eine Aufgaben- und Organisationsbindung soll dafür sorgen, dass die Beiträge den Versicherten und nicht der Bürokratie zugutekommen. SV-Funktionäre aus den Kammern sollen mit einem professionellen Management unter Einbindung der Versichertenvertreter bestimmen, wie eine Versorgungsstruktur im Versicherungsbereich aussehen soll.

AD 2. Zentrale Bedeutung kommt hier der Stärkung der Haus- und Fachärzte zu. Mit der Einführung eines Facharztes für Allgemeinmedizin soll hier vor Ort die Gesundheitsversorgung für die Patienten gestärkt werden. Dazu muss es auch wesentliche Grundlagen für eine moderne Ausübung des Arztberufes geben, wie etwa die Anstellung von Medizinerinnen bei Berufskollegen oder moderne Arbeitszeiten, damit vor allem auch Frauen den Arztberuf neben einer Familie ausüben können.

AD 3. Die Leistungspalette dort niederschwellig anbieten zu können, wo sie von den Patienten nachgefragt wird. Und das heißt weg von Monsterversorgungseinheiten (Stichwort Krankenhaus Nord), wo der Einzelne nur mehr eine Nummer im System ist und als Mensch und Patient gar nicht mehr richtig wahrgenommen wird.

AD 4. Niederlassungsförderungen für den Haus- und Facharztbereich und eine Attraktivierung des Medizinstudiums und des Arztberufs in Österreich. Dafür braucht es auch umfangreiche Reformen im Spitalsbereich, um Kostentreiber wie Akutbetten zu verhindern. Gleichzeitig braucht es in der Versorgungsplanung und Finanzierung einen neuen Ansatz, der ein gleichberechtigtes Miteinander aller Gesundheitsberufe mit den SV zum Nutzen für die Patienten schafft.

MAG. GERALD LOACKER

NEOS

AD 1. Das Regierungsprojekt dürfte reine Kosmetik sein, da die Sonderkassen wie die schwarze BVA unangetastet bleiben. Reformen müssen für Versicherte bessere Leistungen bringen. Gleiche Leistungen für gleiche Beitragssätze kann es nur geben, wenn die Reformen auch Kassen wie die BVA und die 15 KFA erfassen. Die Regierung muss sich international an Systemen mit fairem Risikostrukturausgleich orientieren, die uns in vielen Ländern Jahrzehnte voraus sind.

AD 2. Der Rechnungshof bemängelt die zersplitterte Finanzierung des Gesundheitssystems. Vorrang hat für die NEOS die Finanzierung aus einer Hand, damit Patienten nicht mehr zwischen stationärem und niedergelassenem Bereich verschoben werden und für alle Versicherten der gleiche Zugang zu medizinischer Versorgung verbessert wird. Das System muss bei sich selbst sparen, nicht am Patienten, damit medizinische Leistungen nicht aus Kostengründen verwehrt bleiben.

AD 3. Erkrankungen wie Diabetes und Herzinsuffizienz nehmen zu und führen zu hohen Kosten und unnötigem Leid, wenn sie nicht frühzeitig erkannt werden. Die Prävention zählt zu den wichtigsten Aufgaben. Im Bereich der medizinischen Forschung braucht es einen starken Patentschutz und faire Rahmenbedingungen, auf die sich die Industrie verlassen kann, damit Österreich ein attraktiver Forschungsstandort bleibt und der Zugang zu neuen Therapien gesichert ist.

AD 4. Wohnortnahe interdisziplinäre Gesundheitsversorgung ist eine Chance, das Gesundheitssystem weiterzuentwickeln. Das aktuelle Primärversorgungsgesetz lässt viele Möglichkeiten ungenutzt. Die Zunahme von Wählbarkeiten und Schwierigkeiten bei der Besetzung von Kassenstellen zeigen, dass es für junge Ärzte unattraktiv ist, mit Kassenvertrag zu arbeiten. Eine angemessene Honorierung und die Arztanstellung wären hier Lösungsansätze.

DR. PETER KOLBA

LISTE PILZ

AD 1. Sofern die Zusammenlegung der Kranken- und Sozialversicherungen sinnvoll umgesetzt wird, erwarte ich Kosteneinsparungen und eine Harmonisierung der Leistungen für die Versicherten, also die gleiche Leistung für den gleichen Betrag. Die Gefahr besteht allerdings darin, dass nur eine Art Holding eingerichtet wird und sich schlussendlich nicht viel ändern wird.

AD 2. Für eine Qualitäts- und Effizienzsteigerung im Bereich des Gesundheitswesens benötigt es eine Art runden Tisch mit Experten, um Parallel- und Leerläufe identifizieren zu können. Diese Änderungen erfordern aber wohl einen guten Willen aller Player, um echte Reformen anzugehen.

AD 3. Österreich hinkt in der Versorgung von Schmerzpatienten international hinterher. Ich trete für mehr Schmerzzentren und Ambulanzen ein. Zur Linderung von Schmerzen muss auch auf Cannabidiol zurückgegriffen werden können. Als Arzneimittel, was im Übrigen viel billiger werden muss, oder eben vom Arzt verschriebene und von der Apotheke vertriebene Blüten.

AD 4. Ich halte viel von der Einrichtung von Primärversorgungszentren. Hierzu möchte ich beispielsweise das von Dr. Mayrhofer, Dr. Mückstein und Dr. Lamel im April 2015 eröffnete und erste Primary-Health-Care-Pilotprojekt „Primary Health Care“ (PHC) Mariahilf erwähnen.

PRAEVENIRE

Programm | 18.–20. APRIL 2018

MITTWOCH 18. APRIL 2018

13.00 GET TOGETHER

14.00–15.30 ERÖFFNUNG | PRAEVENIRE 2018

BEGRÜSSUNG

Armin **FIDLER** | Vorsitzender des PRAEVENIRE-Boards
Petrus **PILSINGER** | Abt des Stifts Seitenstetten

VIDEOBOTSCHAFT

Johanna **MIKL-LEITNER** | Landeshauptfrau Niederösterreich

KEYNOTE

Alexander **BIACH** | Vorstandsvorsitzender, Hauptverband
Alfred **RIEDL** | Präsident des Österreichischen Gemeindebundes

16.00–17.30 PRÄSENTATION DER ERGEBNISSE: PROJEKTGEMEINDEN 2017/2018

HASLACH | DIABETES

Erwin **REBHANDL** | Präsident OBGAM und AM Plus
Bernhard **HATTINGER** | Projektbetreuer

SIERNING | KARZINOM-FRÜHERKENNUNG

Ulrike **MURSCH-EDLMAYR** | Präsidentin der ÖAK (angefragt)
Bernhard **HATTINGER** | Projektbetreuer

STOCKERAU | HPV

Ursula **WIEDERMANN-SCHMIDT** | Leiterin des Instituts für Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin, MedUni Wien
Bernhard **HATTINGER** | Projektbetreuer

BRUCK AN DER MUR | MENTALE FITNESS

Manuela **GRUBER** | Pädagogin und Geschäftsführerin AM WEG
Bernhard **HATTINGER** | Projektbetreuer

18.00–19.30 PODIUMSDISKUSSION »WOHNORTNAHE VERSORGUNG« In Kooperation mit dem Alois Mock Institut



AM PODIUM DISKUTIEREN

Gerald **BACHINGER** | Sprecher der Österreichischen Patientenanwälte
Michael **GNANT** | Leiter der Univ.-Klinik für Chirurgie, MedUni Wien
Manfred **KLAMMINGER** | Med. GF der NÖ Landeskliniken Holding
Klaus **MARKSTALLER** | Leiter der Univ.-Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin & Schmerztherapie, MedUni Wien
Pamela **RENDI-WAGNER** | Gesundheitssprecherin der SPÖ
Alfred **RIEDL** | Präsident des Österreichischen Gemeindebundes
Johannes **STEINHART** | 2. Vizepräsident der ÖÄK
Bernhard **WURZER** | Generaldirektor-Stv., Hauptverband

Moderation: Armin **FIDLER** | Vorsitzender des PRAEVENIRE-Boards

ab 20.00 ABENDESSEN MIT KAMINGESPRÄCH

BEDEUTUNG DER GENDERMEDIZIN MIT FOKUS AUF HERZKREISLAUFERKRANKUNGEN

Alexandra **KAUTZKY-WILLER** | Leiterin d. Abteilung für Gender Medizin, MedUni Wien

DONNERSTAG 19. APRIL 2018

09.00–10.30 NEUROLOGIE | MULTIPLE SKLEROSE »PRÄVENTIVE GESUNDHEITSPOLITIK MIT HIRN«

NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN: FAKTEN UND MYTHEN

Elisabeth **FERTL** | Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie

MS – LEBENSLANG KRANK

Thomas **BERGER** | Stv. Dir. der Univ.-Klinik für Neurologie, MedUni Innsbruck

MS – KNACKPUNKTE DER INTEGRIERTEN VERSORGUNG

Karin **KRAINZ-KABAS** | Geschäftsführerin der MS Gesellschaft Wien

11.00–12.30 NEUROLOGIE | DEMENZ »PRÄVENTIVE GESUNDHEITSPOLITIK MIT HIRN«

DEMENTZ – SICHERHEIT UND HEIMAT

Peter **DAL-BIANCO** | Präsident der Österreichischen Alzheimergesellschaft

DEMENTZ – DAS INDIVIDUUM MENSCH

Christian **BANCHER** | Ärztlicher Standortleiter, Landeskrankenhaus Allentsteig (angefragt)

GEMEINDEPROGRAMM: »DEMENTZ«

Stefan **SCHMUCKENSCHLAGER** | Bürgermeister Klosterneuburg

13.00–14.00 MITTAGESSEN MIT KEYNOTE

DIGITALISIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN

Stefan **THURNER** | Präsident der Complexity Science Hub Vienna

14.00–15.30 PODIUMSDISKUSSION »DIGITALISIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN« Ungenutzte Chancen – Ein Blick über den Tellerrand In Kooperation mit der Berner Fachhochschule



VIDEOBOTSCHAFT

Ernst **HAFEN** | Prof. am Institute of Molecular Systems Biology der ETH Zürich

AM PODIUM DISKUTIEREN

Priska **ALTORFER** | Vorstandsmitglied der Schweizer Informatikgesellschaft
Alfred **ANGERER** | Leitung Management im Gesundheitswesen an der ZHAW School of Management and Law (angefragt)
Gerald **BACHINGER** | Sprecher der Österreichischen Patientenanwälte
Urs Peter **BRÜGGER** | Leiter des Departments Gesundheit, Berner Fachhochschule (angefragt)
Sebastian **GURTNER** | Leiter Strategie und Innovation, Berner Fachhochschule
Alexander **HERZOG** | Obmann-Stv. der SVA
Wilhelm **MOLTERER** | Direktor des Europäischen Fonds für Strategische Investitionen
Volker **SCHÖRGHOFER** | Generaldirektor-Stv. des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (angefragt)
Stefan **THURNER** | Präsident der Complexity Science Hub Vienna

Moderation: Reinhard **RIEDL** | Wissenschaftlicher Leiter des Fachbereichs Wirtschaft, Berner Fachhochschule

GESUNDHEITSFORUM SEITENSTETTEN



DONNERSTAG 19. APRIL 2018

16.00–18.30 ESSENTIELLES & KONKRETES

SUMMARY UND KOMMENTIERUNG DER ESSENZEN DER GIPFELGESPRÄCHE

Die Essenzen jedes Gipfelgesprächs werden von 2 Teilnehmern präsentiert. Diese Ergebnisse werden mit Stakeholdern am Podium diskutiert – Plenumsdiskussion

ab 20.00 ABENDESSEN MIT KAMINGESPRÄCH

DIE SINNHAFITIGKEIT VON SCREENINGS BEI ONKOLOGISCHEN ERKRANKUNGEN

Hans **CONCIN** | Präsident des aks – Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin, LKH Bregenz (angefragt)

TEILNAHMEGEBÜHR
Teilnahme | 3 Tage (Mittwoch–Freitag): 300 €
Teilnahme | 2 Tage (Mittwoch–Donnerstag oder Donnerstag–Freitag): 200 €
inkl. Tagungsunterlagen und Verpflegung.
Die Preise verstehen sich inkl. MwSt.

FREITAG 20. APRIL 2018

09.30–10.30 KARDIOVASKULÄRE ERKRANKUNGEN I »EIN UNHEILVOLLER KREISLAUF«

FACTS AND FIGURES: GEFÄSS-ERKRANKUNGEN

Andrea **PODCZECK-SCHWEIGHOFER** | Präsidentin Österr. Kardiologische Gesellschaft

GRUNDKONZEPT ARTERIOSKLEROSE

Michael **HIRSCHL** | Leiter der Abteilung für Innere Medizin, Landeskrankenhaus Zwettl (angefragt)

11.00–12.30 KARDIOVASKULÄRE ERKRANKUNGEN II »EIN UNHEILVOLLER KREISLAUF«

PRÄVENTION UND PROPHYLAXE

Alexandra **KAPPL** | Abteilungsleiterin der Initiative »Tut gut!«, NÖGUS (angefragt)

RISIKOMINIMIERUNG

Andrea **PODOLSKY** | Vorständin des Instituts für Präventiv- und angewandte Sportmedizin (IPAS), Universitätsklinikum Krems (angefragt)

GEMEINDEPROGRAMM: »HERZKREISLAUF«

Erwin **REBHANDL** | Präsident OBGAM und AM Plus

ab 13.00 ABSCHLUSS MIT ANSCHLIESSENDEM MITTAGESSEN

RESÜMEE UND AUSBLICK 2019

Armin **FIDLER** | Vorsitzender des PRAEVENIRE Boards



DINER
17. APRIL | 19–21 UHR
**BÜRGERFORUM
SEITENSTETTEN**
zum Thema
»Onkologie«

Plattformen vfwf-Universitätsvorlesung 2018: Bildgebung des menschlichen Herzens vom 18. Jahrhundert bis zu den modernen Technologien



Vortragender:
Univ.-Prof. Dr. Bruno **PODESSER**

Dissertationspreis:
Dr. Dr. Judith **SCHIEFER**
Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie
„Glycocalyx shedding in patients undergoing orthotopic liver transplantation“
Betreuer:
Assoz. Prof. Priv.-Doz. Dr. med. univ. Peter **FAYBIK**



Habilitationspreis:
Priv.-Doz. Dr. Thomas **FOKI**
Universitätsklinik für Neurologie
„Untersuchungen zur Störung von Feinmotorik und Handfunktion bei Patienten mit Morbus Parkinson“



Dissertationspreis:
Mag. Dr. scient. med. Daniela **WEINMANN**
Universitätsklinik für Orthopädie
„Glycobiological changes in osteoarthritic cartilage and biological effects of Galectin-1 and Galectin-3 in chondrocytes“
Betreuer:
Assoz. Prof. Mag. Dr. Stefan **TÜGEL**



Habilitationspreis:
Ass.-Prof. Priv.-Doz. Dr. med. univ. Thomas **SCHERER**
Universitätsklinik für Innere Medizin III
„Brain Insulin – a Novel Regulator of Lipid Metabolism“

„Schon heute die Forschung von morgen fördern“ ist das Motto des Vereins zur Förderung von Wissenschaft und Forschung (vfwf), der durch Impulsreferate und Podiumsdiskussionen Experten aller medizinischen Disziplinen vernetzt. So fand am 19. Jänner 2018 die diesjährige Universitätsvorlesung über die Bildgebung des menschlichen Herzens vom 18. Jahrhundert bis zu den neuesten Technologien statt und gab faszinierende Einblicke in diese Thematik.
Von Mag. Nina Bennett, MA

Ziel des vfwf ist es, die Forschung am Wiener AKH zu fördern, neue thematische Impulse zu setzen und die Tradition der Wiener Medizinischen Schule fortzusetzen. „Um diesem Ziel nachzukommen“, erläuterte Univ.-Prof. Dr. Klaus Markstaller, Präsident des vfwf und Leiter der Klinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie der MedUni Wien, „organisiert der vfwf eine jährliche Universitätsvorlesung, Posterausstellungen sowie Podiumsdiskussionen und ist unter anderem Herausgeber von Publikationen wie der Zeitschrift ‚People‘. So werden Wissenschaftler, die über den Tellerrand blicken, nominiert und für ihre großartige Arbeit ausgezeichnet.“ Ein weiteres wichtiges Ziel ist die Kooperation von Wissenschaft und Wirtschaft. Dabei ist gerade die Förderung von Kooperationen ein wesentlicher Faktor zur Unterstützung modernster Wissenschaft und Forschung.

Leonardo da Vinci als Wegbereiter der modernen Bildgebung des Herzens
In seiner Universitätsvorlesung gab Univ.-Prof. Dr. Bruno Podesser, Studienleiter an der Klinischen Abteilung für Herzchirurgie des Universitätsklinikums St. Pölten sowie Leiter des Zentrums für Biomedizinische Forschung an der MedUni Wien, Einblicke in die Entwicklung der Bildgebung des menschlichen Herzens. Prof. Podesser, der sich seit 25 Jahren der klinischen und angewandten Grundlagenforschung des Herz-Kreislauf-Systems widmet, stellte dar, dass Imaging die Basis jeder Art moderner interventioneller Angiografie sowie heutiger Bypass- und Klappenchirurgie sei. Der Weg bis zum modernen Imaging hatte seine Anfänge tatsächlich bereits bei Leonardo da Vinci, der sich in seiner künstlerischen Auseinandersetzung eingehend mit dem Herzen beschäftigte. „Seine Zeichnungen des Herzens und der Herzklappen sind Meisterwerke der wissenschaftlichen Kunst, er machte bemerkenswerte Beobachtungen über den Blutfluss durch die Gefäße und Kammern und die Aktivierung der arteriellen Ventile. „Was sich allerdings der Kenntnis Leonardos entzog, war, dass der Blutkreislauf durch das Herz angetrieben wird. Er konnte zwar die Arterien und Venen sehen, aber nicht die Kapillaren, die sie verbinden“, erklärte Prof. Podesser nachdrücklich. Diese Kenntnis erlangte William Harvey und veröffentlichte diese in seinem 1628 veröffentlichten Werk „Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis in Animalibus“, in dem er anatomische Studien über die Bewegung des Herzens und des Blutes darstellte.

Van Swieten bringt neuen Schwung in die Wissenschaftszene 1745
Die medizinische Versorgung im 18. Jahrhundert war aus wissenschaftlicher Sicht in Padua, Paris und Leiden sehr fortschrittlich. Damals hatte der Großteil der Bevölkerung allerdings keinen Zugang zu medizinischer Versorgung. Der Gatte Maria Theresias, Franz Stephan von Lothringen, nahm sich dieser Problematik an und förderte die ersten Wissenschaftler – so brachte er Schwung in die damalige Wissenschaftszene in Österreich. Durch ihn wird 1745 Gerard van Swieten als kaiserlicher Leibarzt nach Wien berufen. „Auf van Swieten geht die Reform der Wiener Universität und Hofbibliothek zurück. Zudem legte er den Grundstein für den Aufschwung der Wiener Medizinischen Schule, die im 19. Jahrhundert weltweite Bekanntheit erlangte. 1770 definierte er im Großen Medizinalakt die Aufgaben und die Ausbildung von Ärzten, Pharmazeuten und Hebammen“, zeigte Prof. Podesser auf.

Idealismus für das Allgemeinwohl durch Joseph II.
Auch der Sohn Maria Theresias, Joseph II., war für die Forschung und Wissenschaft von großer Bedeutung. Josephs zeitgenössisches wie auch historisches Image ist umstritten: Seine zahlreichen Reformen und unsanften Methoden zu deren Durchsetzung schaden seinem öffentlichen Ansehen. Er entwickelte einen Fanatismus grenzenden Idealismus für das allgemeine Wohl. Prof. Podesser eröffnete, dass es häufig zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Joseph und seiner Mutter kam, die seine Umwälzungen als überstürzt und fehlgeleitet empfand: „Joseph allerdings ließ sich davon nicht beirren und setzte eine große Gesundheitsreform um, unter der Prämisse, dass alle Menschen gesund, glücklich und zufrieden sein sollten.“ 1785 gründete er das Josephinum als Militärakademie, um aus Chirurgen Ärzte zu machen. Der erste Direktor des Josephinums, Giovanni Alessandro Brambilla, zeichnete für die josephinische Sammlung anatomischer und geburtshilflicher Wachspräparate verantwortlich. „Um interventionelle Techniken weiterzuentwickeln, war sich Brambilla schon damals bewusst, dass Kardiologen, Chirurgen, Radiologen und Anästhesisten an einem Strang ziehen müssen. Die Wachsmodele der damaligen Zeit waren revolutionär, teuer, höchst edukativ und machten die jeweilige Institution unabhängig von der Versorgung mit Leichen und vom medizinischen Wissen der Lehrer. Sie sind kulturelles und medizinisches Erbe Europas“, so Prof. Podesser. Abschließend stellte er fest, dass es Innovationskraft, Interdisziplinarität und Besessenheit braucht, um die Forschung stetig weiterzuentwickeln.

Prämierung der Jungforscher
Schließlich wurden vom Vizepräsidenten des vfwf und Leiter der Universitätsklinik für Chirurgie an der MedUni Wien, Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant, die Habilitationspreise, Dissertationspreise und Posterpreise verliehen: „Es ist schön, dass wir heuer wieder Projekte haben, bei welchen sich Grundlagen- und klinische Forschung wunderbar verbinden lassen. Diese jungen Menschen sind die Zukunft dieser Universität und daher möchte ich ihnen zur Auszeichnung sehr herzlich gratulieren. Bleiben Sie immer forschungsgeleitet, denn dann geschieht die beste Medizin“, betonte Gnant.



Plattformen Initiative gegen Impfhindernisse in Österreich



Ursula Wiedermann-Schmidt

Heidmarie Holzmann

Die Österreichische Gesellschaft für Vakzinologie unter Führung von Frau Präsidentin Univ.-Prof. Dr. Ursula Wiedermann-Schmidt hat es sich zum Ziel gesetzt, die Durchimpfungsraten in Österreich zu erhöhen und die Impfaufklärung zu verbessern. Zu diesem Zweck wurde eine Kooperation mit der Ärztekammer Österreich sowie der Apothekerkammer Österreich vereinbart, welche sich eine Erhebung der Impfhindernisse in Österreich sowie die Erarbeitung von interdisziplinären Lösungsvorschlägen für diese Impfhindernisse im Rahmen von zwei aufeinander aufbauenden Diskussionsrunden zur Aufgabe gemacht hatte – auf Basis der geltenden österreichischen Gesetze, Regelungen und Strukturen. Das Ergebnis dieser konstruktiven Expertenrunden bilden zwei Memoranden, deren Unterstützerliste stetig wächst.
Von Bernhard Hattinger, BA

Impfungen gehören nachweislich zu den erfolgreichsten präventivmedizinischen Maßnahmen und haben einen beeindruckenden Beitrag zur weltweiten Reduktion von Morbidität und Mortalität impfpräventabler Erkrankungen geleistet. Dennoch steht das Impfwesen heute wachsenden Herausforderungen gegenüber. Die Kernfrage ist, was die Gründe für „wachsende Impfskepsis“ in der Bevölkerung sind: diese Hindernisse müssen definiert und Lösungsansätze gefunden werden, welche ihnen entgegenwirken. Zu diesem Zweck lud die Österreichische Gesellschaft für Vakzinologie gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer und der Österreichischen Apothekerkammer namhafte Experten aus Wissenschaft und Forschung, der Ärzteschaft (Allgemeinmediziner, Pädiater, Gynäkologen, Schulärzte, Arbeitsmediziner), der Apothekerschaft, der Hebammenschaft und der Pflege sowie Stakeholder aus Politik und Gesundheitssystem zu zwei aufeinander aufbauenden Diskussionsrunden.

Am 29. Jänner 2018 fand der Auftakt zum Thema „Impfhindernisse in Österreich“ statt. Ziel dieses Zusammentreffens war die Identifikation der wichtigsten Hindernisse für die Erreichung hoher Durchimpfungsraten in Österreich.

Am 31. Jänner 2018 folgte die Fortsetzung der Bemühungen: Die Diskussion zum Thema „Interdisziplinäre Lösungsvorschläge zur Minimierung bzw. Auflösung von Impfhindernissen in Österreich“ hatte sich die Erarbeitung von Lösungsvorschlägen auf Basis der aktuellen österreichischen Gesetze, Regelungen und Strukturen zum Ziel gesetzt. Die Ergebnisse der Diskussionsrunden wurden in Memoranden zusammengefasst, deren Kreis an Unterstützern stetig wächst.



Ulrike Mursch-Edlmayr

Thomas Szekeres

1. Impfhindernisse aus Perspektive der Gesundheitsberufe

Diese umfassen unter anderem

- einen fehlenden „Generalplan der Implementierung“ für den in hervorragender Arbeit des Nationalen Impfgremiums erstellten Österreichischen Impfplan
- das Fehlen eines elektronischen Impfpasssystems
- die verbesserungswürdige Vorbild- und Schutzfunktion der Gesundheitsberufe und pädagogischen Kräfte beim Impfen
- zu geringe Zeit für die Impfthematik in der täglichen Patientenbetreuung
- die verbesserungswürdige Nutzung vorhandener Strukturen im Sinne der Impfthematik, z. B. im arbeitsmedizinischen oder im schulärztlichen Bereich

2. Impfhindernisse aus der Perspektive der Patienten

Einer großen Anzahl von Impfbefürwortern steht eine relativ kleine, dafür aber vehemente Gruppe von Impfgegnern gegenüber. Ein relevanter Teil der Bevölkerung gehört keiner der beiden Gruppen an und ist generell oder auf spezifische Impfungen bezogen unsicher, hat Vorbehalte oder Zweifel oder steht Impfungen gleichgültig oder eher skeptisch gegenüber. Weitere Hindernisse sind:

- die verbesserungswürdige Niederschwelligkeit des Impfangebotes
- die steigende Anzahl, Organisation und Effektivität von Impfgegnern in der öffentlichen Debatte bzw. in sozialen Medien
- verbesserungswürdige Laienkommunikation für Jung und Alt, insbesondere in Bezug auf Impfangst und Impfmühen

3. Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe und pädagogischen Professionen

In Bezug auf Impfen steht vor allem die zu geringe Bedeutung der Impfthematik in der Ausbildung, aber auch bei den Fort- und Weiterbildungsangeboten im Zentrum. Weiters ist die Harmonisierung der Lehrinhalte innerhalb und zwischen den relevanten Professionen durch fehlende Vernetzung und Abstimmung nicht gegeben. Besonderes Augenmerk muss auch auf die Übersetzbarkeit der Lehrinhalte in die Praxis gelegt werden.

4. Rolle der Medien

Die mediale Berichterstattung über Impfungen ist zentral für die Laieninformation und das allgemeine Impfwissen in der Gesellschaft. Schlechte, ungenaue oder unvollständige Informationen sind fatal für den Erfolg der Patientenkommunikation und die allgemeine Gesundheitskompetenz. Selbst auferlegte „Ausgewogenheit“ in der Berichterstattung von Medien suggeriert Laien eine Gleichheit im Wahrheitsgehalt zwischen wissenschaftlicher Information und pseudomedizinischen Behauptungen von Impfgegnern. Zu beachten ist in diesem Feld auch die steigende Bedeutung neuer Medien für die Information über das Thema Impfen.

5. Impfhindernis Kosten

Nicht kostenfreie Impfungen stellen einerseits ein monetäres Impfhindernis für einkommensschwache Segmente der Bevölkerung, insbesondere im Fall von Senioren, dar, andererseits sendet die fehlende Kostenübernahme ein falsches Signal an die Patienten bezüglich der Wichtigkeit von Impfungen. Generell ist ein fehlender Ausbau des kostenfreien Impfsystems auf die gesamte Bevölkerung bzw. alle Altersgruppen kontraproduktiv im Sinne einer Stärkung des Präventionsgedankens in der Versorgung. Für chronisch Kranke stellt die fehlende Kostenübernahme relevanter Impfungen als Teil der Therapie eine potenzielle Quelle von Unterversorgung dar.

6. Mangelnde Gesundheitskompetenz beim Impfverständnis von Jung bis Alt

Österreich liegt bei Erwachsenen im EU-Vergleich der Gesundheitskompetenz bzw. des Gesundheitswissens („Health Literacy“) an drittliefer Stelle. Dieses mangelnde Gesundheitswissen hat negative Auswirkungen auf alle Vorsorgebemühungen, im Speziellen für das Impfen – so erleichtert es die Anfälligkeit für Falschinformationen durch Impfgegner und führt zu Fehleinschätzungen der Gefährlichkeit von Erkrankungen und Nebenwirkungen und mithin zu Impfskepsis und Impfablehnung – „vaccination hesitancy“.

Interdisziplinäre Lösungsvorschläge zur Minimierung bzw. Auflösung von Impfhindernissen in Österreich

I.

Erarbeitung einer „One Voice“-Strategie der Impfkommunikation

Als wichtigster Ansatz aus der Diskussion ging die Idee einer „One Voice“-Strategie in der Impfkommunikation hervor, welche einen konzertierten Kommunikations- und Informationsansatz auf allen relevanten Ebenen in Abstimmung mit allen relevanten Berufsgruppen und Stakeholdern beschreibt. Kernpunkt ist eine Verbesserung der Informationsarbeit und Informationsqualität, sowohl in der Laienkommunikation über klassische und neue Medien als auch in der Fachkommunikation in Aus-, Fort- und Weiterbildung mit dem Ziel einer Harmonisierung der Inhalte bei gleichzeitiger zielgruppengerechter Aufbereitung.

Strategie wurden bereits erarbeitet. Beispielfähig sind hier zu nennen: Im Schulsetting sollen die Schulärzte verstärkt in die Thematik eingebunden werden. Für dieses Setting sollen angepasste Informationsmaterialien erarbeitet und zur Verfügung gestellt werden (Impfkoffer), welche alle Basisinformationen enthalten und sowohl zur Information für den Schularzt als auch für Lehrer zur Unterrichtsgestaltung zur Verfügung stehen.

Für Erwerbstätige ist die verstärkte Nutzung der Arbeitsmediziner-Strukturen vorgeschlagen worden, welche bis zu 85 Prozent der Gruppe der Erwerbstätigen in etablierten Strukturen erreicht. Angedacht wurde, die Impfthematik als Schwerpunkt der präventiven Arbeit der Arbeitsmediziner zu setzen und diese mit angepassten

Umsetzung brächte vielfältige Vorteile für die Impfvorsorgung wie etwa die Möglichkeit automatisierter Erinnerungen für Auffrischungsimpfungen und vereinfachte Impfstatusabfragen. Vor allem aber lassen sich durch den elektronischen Impfpass die tatsächlichen Durchimpfungsraten in der Bevölkerung eruieren. So können gegebenenfalls Gruppen mit Impflücken rechtzeitig identifiziert und mit Impfungen versorgt werden, bevor es zu einem Erkrankungs- bzw. Epidemieausbruch kommt.

III.

Zielgruppenspezifische Impfprojekte in der Praxis

III.a. Junges Leben – guter Start in ein impfgeschütztes Aufwachen: Ziel ist eine „One Voice“-geleitete Unterstützung für werdende und junge Eltern für einen verbesserten Schutz von ungeborenem und neuem Leben und einen frühzeitigen Aufbau umfassender Impfkompetenz. Gynäkologen, Allgemeinmediziner, Kinderärzte, Hebammen, Tagesmütter und Kindergärtner sollen in der Aufklärung zur Impfthematik zusammenarbeiten, um Schwangere, Neugeborene und Eltern umfassend zu informieren und durch Impfungen zu schützen. Hierzu müssen die Schnittstellen zwischen diesen Berufen gestärkt werden.

III.b. Junge Erwachsene: Die Gruppe der jungen Erwachsenen weist in der Bevölkerung die größten Impflücken auf. Daher ist eine Erhöhung der Awareness zur Wichtigkeit von Impfungen von zentraler Bedeutung, zusammen mit Maßnahmen zur Schließung dieser Impflücken. Hierzu sollte die Verankerung von Impfpasskontrollen in der alltäglichen Betreuung beim Hausarzt umgesetzt werden, welchen 80 Prozent der Österreicher zumindest einmal im Jahr aufsuchen. Für junge Eltern sollte die Möglichkeit eingerichtet werden, zusammen mit ihren Kindern beim Kinderarzt geimpft zu werden. Für Frauen sollten Impfpasskontrollen und Impfungen bei der gynäkologischen Betreuung bzw. in der Vorbereitung auf Schwangerschaft bzw. Geburt gestärkt werden (prepare for pregnancy). Die Rolle der Stellung beim Bundesheer sollte wie jene der Schulärzte und Betriebsärzte für die Impfvorsorge erhöht werden.

III.c. Senioren – Bedeutung von lebenslangem Impfen für den Erhalt der Gesundheit: Gerade für den Erhalt der Gesundheit im fortgeschrittenen Lebensalter sind präventive Maßnahmen wie Impfungen von höchster

Wichtigkeit. Daher muss in dieser Zielgruppe das Bewusstsein für die große Bedeutung des Impfschutzes auch im Alter geschärft werden. Als erster Ansatzpunkt ist hierbei die Verankerung der Impfpasskontrolle im Rahmen der jährlichen Vorsorgeuntersuchungen zu nennen. Besonders die Kostenthematik ist als monetäres Impfhindernis für die Gruppe der Senioren von Bedeutung. Daher sollte zur Betonung der Rolle des Impfschutzes ein Modell einer teilweisen Kostenerstattung zu einer speziellen Impfung oder für eine spezielle Gruppe umgesetzt werden, um der Einstellung entgegenzuwirken, dass eine Leistung, die nicht von der Kasse übernommen wird, nicht wirklich notwendig sein kann. Die Anzahl chronisch Kranker ist in dieser Altersgruppe naturgemäß am höchsten. Daher lautet ein weiterer Vorschlag, jene Impfungen für chronisch Kranke, die für eine adäquate Versorgung besonders wichtig sind, zu bezuschussen.

IV.

Verbesserung der Ausbildungsinhalte der Gesundheitsberufe und pädagogischen Berufe

Ziel muss die Steigerung der Bedeutung des Impfens in der Ausbildung sowie eine Harmonisierung der Ausbildungsinhalte innerhalb der Professionen sein, wie dies im

Rahmen der medizinischen Universitäten durch einen Curricula-Harmonisierungsprozess geplant wird. Ebenso müssen Aus-, Fort- und Weiterbildungen, speziell im medizinischen Bereich, stärker nach praxisrelevanten Gesichtspunkten ausgerichtet werden. Eine stärkere Einbindung des extramuralen Bereichs in Fortbildungen, gepaart mit einer Komplexitätsreduktion, führt für Impfarzte zu mehr Sicherheit im Thema und so zu mehr Impfbeteiligung und verbesserter Aufklärung.

V.

Abstimmung zwischen den Professionen – berufsgruppenübergreifender Ansatz

Eine Abstimmung der Lehrinhalte zwischen den relevanten Professionen führt zu einem besser organisierten Impfsystem, baut Hindernisse ab und schafft Raum für das Entstehen von Synergieeffekten. Hierzu müssen die relevanten Schnittstellen identifiziert und aktiviert, sowie die Rollen und Befugnisse der Professionen geklärt werden.

VI.

Vorbild- und Schutzfunktion der Gesundheitsberufe für das Impfverhalten stärken

Die Motivation der Gesundheitsberufe zum Impfen muss erhöht werden. Dazu muss ihre soziale Verantwortung zum Schutz des Patienten, ihre Eigenverantwortung für den individuellen Schutz sowie ihre Vorbildfunktion für die Wahrnehmung von Impfungen in der Bevölkerung durch eine Verbesserung von Aufklärung und Awareness betont werden.

Die Umsetzung verbindlicher, fachlich begründeter Impffregeln für das Gesundheitspersonal („Health-Care-Worker“ – HCWs) ist ein wichtiger Ansatzpunkt zur Erreichung dieser Ziele. Verpflichtend nachzuweisender kontinuierlicher Impfschutz mit oder ohne Opt-out-Regelungen oder sanfte Zugänge wie routinemäßig vorgesehene Impfpasskontrolltermine oder Impfangebote für HCWs sind Beispiele für Umsetzungsmöglichkeiten. Zentral ist aber die Entscheidung für die Umsetzung verbindlicher Impffregeln für das Gesundheitspersonal. Eine abgestimmte Regelung der Krankenhausträger bzw. aller Arbeitgeber von HCWs in Bezug auf Impffregeln

„Pitch-Vorträge“ könnten qualitätsgeprüfter Ausgangspunkt für lokal umsetzbare Impfveranstaltungen – unter Einbeziehung der lokalen Gesundheitsberufe als Vertrauenspersonen – sein.

VIII.

Medienarbeit im Zeichen einer „One Voice“-Strategie

Zur Entschärfung der Problematik ausgleichender Berichterstattung in den Publikumsmedien, welche beim Thema Impfen pseudowissenschaftlichen Argumenten von Impffegnern unverhältnismäßig viel Raum bieten, wurde die gezielte Informationsvermittlung an wichtige Multiplikatoren wie Chefredakteure oder Gesundheitsressortleiter thematisiert: In diesem Rahmen muss mittels eines verbesserten Informationsangebotes unter einer „One Voice“-Strategie informiert und das Bewusstsein gestärkt werden, dass richtig über Impfungen zu informieren die wichtigste Verantwortung darstellt.

Beim Thema Impfen muss allerdings auch im Rahmen der neuen Medien die Deutungshoheit der Wissenschaft verteidigt

X.

Impfbutton-Kampagne

Das Tragen von Impfbuttons, welche zur Schau stellen, dass man auf den persönlichen Impfschutz setzt, könnte bei breiter Durchführung die Message „geimpft – geschützt – sicher“ bekannt machen. Die Positionierung als Impfbefürworter durch Tragen eines Impfbuttons durch Experten, Politiker, Gesundheitsberufe etc. würde die Verdeutlichung der Wichtigkeit des Impfschutzes unterstützen und gleichzeitig positive Imageeffekte erzeugen.

XI.

Komplexität der Impfabwicklung für den Anwender senken

Eine Senkung der Komplexität der praktischen Impfabwicklung für den Anwender unterstützt die Verankerung des Impfwesens in der täglichen Praxis. Dies kann etwa durch einen einfach einzulesenden Barcode statt eines „Pickers“, wie dies bisher oft der Fall ist, versucht werden. Kleine Verbesserungen können im Alltag und in der Praxis eine große Wirkung erzielen.

XII.

Verminderung der Unsicherheit bezüglich der Impfstoffversorgung

Es bestehen Bestrebungen und Bemühungen, das Arzneimittelgesetz dahingehend zu ändern, dass sämtliche Vertriebsbeschränkungen von Impfstoffen, die länger als zwei Wochen dauern, vom Zulassungsinhaber verpflichtend der Behörde zu melden sind. Diese Initiative wurde im Rahmen der Diskussion begrüßt und als eine Verbesserung hinsichtlich der Unsicherheit der Impfstoffversorgung willkommen geheißen.

könnte hierbei den Weg weisen. Ähnliches sollte im sozialen/pädagogischen Bereich umgesetzt werden, da auch hier neben der Vorbildwirkung eine besondere Verantwortung und Sorgfaltspflicht der Gemeinschaft gegenüber vorliegt.

VII.

Erhöhung der Gesundheitskompetenz zum Thema Impfen

Zentral für die Erhöhung der allgemeinen Gesundheitskompetenz zum Thema Impfen ist der Aufbau der „One Voice“-Kommunikationskultur, gerichtet an die Bevölkerung. Zusammen mit einer Verbesserung der Informationsmaterialien und Informationsqualität muss die zentrale Betonung auf der Bedeutung von lebenslangem Impfen liegen: für die eigene Gesundheitsvorsorge und aus sozialer Verantwortung. Ein konkreter Umsetzungsvorschlag ist die Erstellung von einheitlichen „Standard-Laien-vorträgen“ zum Thema Impfen mit einheitlichen Botschaften und wichtigen Basisinfos auf adäquater Komplexitätsebene. Solche

werden. Neben eine Imageaufbesserung des Impfens müssen verbesserte Informationsangebote, vor allem für Social-Media-Seiten, geschaffen werden, mit dem Ziel des Abbaus von Impfmühen und des Enttarnens der Techniken der Impffegner. Für den Laien muss erkenntlich gemacht werden, was tatsächlich gesichertes wissenschaftliches Wissen ist.

IX.

Gestaltung zielgruppenspezifischer Impfvideos

Die Nutzung multimedialer Informationswege ist sowohl für die Laieninformation als auch für die Information von Gesundheits- bzw. pädagogischen Berufen eine Möglichkeit mit hohem Potenzial. Für die Allgemeinheit bestimmte Impfvideos können sich durch „sharing“ in den Sozialen Medien verbreiten und stellen einen niederschweligen Weg zur Erwerbung der Fachinformation durch Impffegner dar. Für Fachkräfte können Weiterbildungs-videos als Einstieg in die Thematik bzw. für eine erhöhte Niederschwelligkeit des Angebots dienlich sein.



Weitere Diskussionssteilnehmer v.l.: Barbara Tucek, Ursula Hollenstein, Judith Glazer, Oliver Brosch, Eva Höttl, Beate Kayer, Daniela Kasperek, Manfred Maier, Irmgard Lechner, Gerhard Kobinger, Sigrid Pilz, Daniela Philadelphia, Michael Kundi, Rudolf Schmitzberger

Während für die Kommunikation nach innen – also an Gesundheitsberufe bzw. auch pädagogische Berufe – die Verbesserung des vorhandenen Informationsmaterials sowie eine zielgruppengerechte Übersetzung der Lehrinhalte für nichtärztliche Gesundheitsberufe und die Orientierung aller Inhalte an der Praxisrelevanz zentral sind, sind für die Außenkommunikation an die Patienten vor allem eine einheitliche Sprache aller Kommunikatoren sowie eine zielgruppenspezifische Anpassung und Schwerpunktsetzung der Inhalte – etwa für die Gruppen der Eltern, Jugendlichen, Arbeitnehmer oder Senioren – relevant.

II.

Einführung eines elektronischen Impfpass-Systems

Die flächendeckende Einführung eines elektronischen Impfpasssystems schafft die Möglichkeit einer „Institutionalisierung“ und Verankerung der Impfthematik in der Bevölkerung und könnte das Kernstück eines „Generalplans der Implementierung“ des Österreichischen Impfpfplans sein. Eine

Teilnehmer der Diskussionsrunden (in alphabetischer Reihenfolge)

Mag. Oliver **BROSC**, MA
Generalsekretär-Stv. Seniorenbund Österreich

Dr. Judith **GLAZER**
Präsidentin der Gesellschaft der Schularztinnen und Schularzte Österreichs

Dr. Eva **HÖTL**
Leiterin Gesundheitszentrum Erste Bank AG

Univ.-Doz. Dr. Ursula **HOLLENSTEIN**
Traveldoc Reisemedizinisches Zentrum

Ao. Univ.-Prof. Dr. Heidemarie **HOLZMANN**
Vizepräsidentin der ÖgYak & Zentrum für Virologie der MedUni Wien

Dr. Daniela **KASPAREK**
ÖGK, Arbeitsgruppe Jugendmedizin

Mag. Beate **KAYER**
Vorstand Österreichisches Hebammengremium

Mag. pharm. Dr. Gerhard **KOBINGER**
Obmann-Stv. der Österreichischen Apothekerkammer

Univ.-Prof. Dr. Michael **KUNDI**
Abteilung für Umwelthygiene und Umweltmedizin, MedUni Wien

HR LSD Dr. Irmgard **LECHNER**
Leiterin Landesgesundheitsdirektion NÖ
(Abteilung Gesundheitswesen)

Univ.-Prof. Dr. Manfred **MAIER**
Vizepräsident AM Plus

Mag. pharm. Dr. Ulrike **MURSCH-EDLMAYR**
Präsidentin der Österreichischen Apothekerkammer

Mag. Daniela **PHILADELPHY**
Institut Begutachtung und Analytik, AGES Medizinmarktaufsicht

Dr. Sigrid **PILZ**
Pflege- und Patientenanwältin für Wien

MR Dr. Rudolf **SCHMITZBERGER**
Referent für Impfanglegenheiten der Österreichischen Ärztekammer

Dr. Barbara **TUCEK**, MSc
Abteilungsleiterin klinische Begutachtung, Sicherheit & Wirksamkeit, AGES Medizinmarktaufsicht

Univ.-Prof. Dr. Gerhard **ZLABINGER**
Curriculumdirektor Humanmedizin der MedUni Wien & Leiter des Instituts für Immunologie der MedUni Wien

Moderation:
Univ.-Prof. Dr. Ursula **WIEDERMANN-SCHMIDT**
Präsidentin ÖgYak & Institut für Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin



Mit der Organisation dieses Projekts ist die Agentur Welldone betraut. Die Agentur Welldone bedankt sich sehr herzlich beim Unternehmen MSD für die Unterstützung.

GEORG-KONGRESS 2018

Onko-Rehabilitation gemeinsam in die Zukunft

Am 19. Jänner fand der bereits dritte GEORG-Kongress unter dem Motto „Onko-Reha interdisziplinär & multiprofessionell 2018“ im Billrothhaus statt. Der gemeinnützigen und länderübergreifenden Gesellschaft zur Erforschung onkologischer rehabilitativer Grundlagen (GEORG) geht es darum, Themen wie onkologische Rehabilitation und deren Zukunft, Nebenwirkungsmanagement und supportive Therapien in der Wissenschaft, klinischen Praxis und Lehre anzutreiben. Wie dies in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Setting erreicht wurde und wie es in Zukunft weitergehen soll, zeigte der heurige GEORG-Kongress auf.

Von Dr. Nedad Memić

Plattformen

- Teilnehmer der Diskussion**
(in alphabetischer Reihenfolge)
- Univ.-Prof. Dr. Jutta **BERGLER-KLEIN**
Univ.-Klinik für Innere Medizin II, MedUni Wien
 - Univ.-Prof. Dr. Richard **CREVENNA**, MSc, MBA
Univ.-Klinik für PMR&A, MedUni Wien
 - Univ.-Doz. Dr. Gustav **FISCHMEISTER**, MSc
Kinderarzt-Ordination
 - Prim. Dr. Marco **HASSLER**
Onkologische Rehabilitation, Der Sonnenberg, Bad Sauerbrunn – eine Gesundheitsseinrichtung der VAMED
 - Prim. Univ.-Prof. Dr. Thomas **LICHT**
Onkologische Rehabilitation, St. Veit im Pongau – eine Gesundheitsseinrichtung der VAMED
 - Prim. Dr. Bruno **MÄHR**
Onkologische Rehabilitation, Therapiezentrum Rosalinhof, Bad Tatzmannsdorf
 - Univ.-Prof. Dr. Christoph **WILTSCHKE**
Univ.-Klinik für Innere Medizin I, MedUni Wien

Vereinspräsident Univ.-Prof. Dr. Richard Crevenna freute sich, die zahlreich erschienenen Teilnehmer zur dritten Tagung der Gesellschaft zur Erforschung onkologischer und rehabilitativer Grundlagen in der Gesellschaft der Ärzte Wiens begrüßen zu dürfen. An diesem Abend wurden praktische Aspekte und neueste wissenschaftliche Erkenntnisse zum Thema onkologische Rehabilitation durch renommierte Meinungsbildner und spezialisierte Mediziner präsentiert. Dem Motto entsprechend, standen auch dieses Jahr die gelebte Interdisziplinarität und Multiprofessionalität im Vordergrund der Veranstaltung, die Teil des Fortbildungsprogrammes der Ärztekammer ist und einen interessanten fachlichen und wissenschaftlichen Beitrag zur Diskussion beisteuern möchte. Vorgestellt wurden u. a. auch innovative und von der VAMED geführte Rehabilitationszentren Der Sonnenberg in Bad Sauerbrunn und die Onkologische Rehabilitation St. Veit im Pongau



Christoph Wiltschke
„Immer noch nehmen Patienten und Ärzte in Österreich zu wenig wahr, dass es die Möglichkeit einer onkologischen Rehabilitation gibt. Wir müssen daran arbeiten, dass möglichst alle Patienten, die dafür infrage kommen, von ihren Vertrauensärzten darauf hingewiesen werden. Welche rehabilitativen Maßnahmen angewandt werden sollten, wird in Abhängigkeit von Beschwerden und Krankheitsverlauf individuell zusammengestellt. Körperliche Aktivität ist eine der wesentlichen Säulen der Rehabilitation. Bewegung steigert die Lebensqualität. Welche Sportarten ein Patient dabei ausübt, hängt von der körperlichen Verfassung und den persönlichen Vorlieben ab. Dies sollte allerdings unter Anleitung und idealerweise im Rahmen einer Reha erlernt werden, da man seine Leistungsfähigkeit nach einer schweren Krankheit oft nicht richtig einschätzen kann. Internationale Studien belegen, dass Krebspatienten nach einer onkologischen Rehabilitation mit einer verbesserten Lebensqualität rechnen können und bei bestimmten Tumorerkrankungen auch eine höhere Lebenserwartung möglich ist. Onkologische Rehabilitation als Teil der Krebsbehandlung hat sich in anderen Ländern wie Deutschland, Frankreich oder in den USA schon stärker durchgesetzt. Diese onkologische Rehabilitation kann aber nur zum Teil in Kliniken erfolgen, in denen die Primärbehandlung durchgeführt wurde. Viel sinnvoller ist es, diese in einer anderen Umgebung in eigens dafür vorgesehenen Einrichtungen durchzuführen, um den Patienten einen gewissen Wohlfühlereffekt zu vermitteln. Es erfordert einen Umdenkprozess, um die Nachsorge von onkologischen Patienten sicherzustellen.“



Marco Hassler
„Der onkologische Fortschritt ist unbestritten, aber nach onkologischen Behandlungen bleiben, auch wenn geheilt, oftmals Folgen. Diese sind körperliche, psychische, soziale und spirituelle. Wenn man Rehabilitation als Hilfe auf dem Weg zurück in das normale Leben definiert – indem man eben diese Folgen minimiert –, können wir sie nicht nach drei stationären Wochen als abgeschlossen betrachten. Rehabilitation ist die Gesamtzahl der Maßnahmen, die den Patienten auf diesem Weg zurück begleiten oder ihm helfen. Die stationäre Rehabilitation zeigt schöne und beeindruckende Auswirkungen. Sie kann jedoch für sich alleine nicht bestehen, da ohne weiterführende therapeutische Maßnahmen die Effekte der dreiwöchigen stationären Rehabilitation vergehen. D.h., dass alle Therapeuten, Pfleger oder Ärzte, die Menschen nach Krebserkrankungen betreuen, rehabilitativ tätig sind. Es ist eine Intention dieses gelungenen Symposiums, alle in der Nachsorge Tätigen zusammenzubringen, um einen Austausch von Wissen zu ermöglichen und in weiterer Folge die in Österreich vorhandenen Maßnahmen zu bündeln, um im Sinne der Betroffenen eine optimale Begleitung auf diesem Weg zurück ins normale Leben zu schaffen.“

Thomas Licht
„Im Rahmen des GEORG-Kongresses haben wir einige innovative onkologische Rehabilitationszentren vorgestellt, u. a. in Bad Sauerbrunn und in St. Veit. Ein Schwerpunkt lag dabei in der Verbesserung der Lebensqualität. Durch eine Studie aus St. Veit/Pongau konnte gezeigt werden, dass es dank einer dreiwöchigen Reha signifikante Besserungen gab, insbesondere bei Schmerzen, depressiver Stimmung, der Angst vor einem Fortschreiten der Tumorerkrankung sowie Müdigkeit und Erschöpfung. Wir haben jetzt erstmalig gezeigt, dass die positive Wirkung mindestens sechs Monate nach der Reha anhält. In zwei Vorträgen wurde darauf eingegangen, dass auch Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen oder metastasierten Krankheiten von der Reha profitieren. Alte Vorstellungen, dass solche Therapien bei Menschen mit Krebskrankheiten nicht durchführbar wären, wurden damit widerlegt. Schlussendlich wurden auch der Bereich der ambulanten Rehabilitation und deren Vorteile angesprochen. Menschen in größeren Städten würden von der ambulanten Reha definitiv profitieren, wohingegen für Patientengruppen mit langen Anfahrtswegen, etwa in ländlichen Gegenden, oder für gebrechliche und ältere Personen die stationäre Reha besser geeignet ist. Insgesamt ist die onkologische Reha in Österreich auf einem sehr hohen Niveau und es ist eine Freude, hier zu arbeiten.“

Bruno Mähr
„Durch die Bevölkerungsentwicklung, die zunehmende Lebenserwartung, die Zunahme onkologischer Erkrankungen und die Verlängerung der Überlebenszeiten wird das Thema onkologische Rehabilitation immer umfassender. Dadurch werden sich auch neue Schwerpunkte entwickeln, mit denen man sich in naher Zukunft auseinandersetzen muss. Einige davon sind: die Unterscheidung, wer sollte stationär und wer ambulant versorgt werden? Wie können Rehabilitationskonzepte im palliativen Therapiesetting aussehen? Wo sind die Überschneidungen mit Palliativmedizin? Wie können wir die Nachhaltigkeit rehabilitativer Maßnahmen definieren bzw. beweisen? Abschließend ist noch zu sagen, dass Kongresse wie GEORG eine sehr positive Entwicklung sind. Sie verbinden nämlich Wissenschaft und klinischen Alltag durch Studien, die die Wirksamkeit der Therapien beweisen.“



Jutta Bergler-Klein
„Ein ganz wesentlicher Aspekt ist die Interdisziplinarität. Wegen der so genannten Kardiotoxizität ist die Zusammenarbeit von Onkologie und Kardiologie sehr wichtig geworden. Daraus ist der Bereich Cardio-Onkologie entstanden. Aufgrund des deutlich besseren Überlebens der onkologischen Patienten werden die Neben- oder Langzeitwirkungen auf das Herz und Herz-Kreislauf-Erkrankungen immer relevanter. Die Patienten, die Krebserkrankungen überlebt haben, versterben zu einem hohen Anteil an Herzerkrankungen. Hier greifen nun die Idee und Möglichkeit der Linderung der Nebenwirkungen und Verbesserung der kardialen Risikofaktoren durch Training und Bewegung. Dadurch ist ein Umdenken erfolgt: Die Bewegung ist wichtig für Patienten und fördert das Überleben sowohl von den Krebs- als auch von den kardiologisch Erkrankten.“



Gustav Fischmeister
„Eine Neuheit in der onkologischen Rehabilitation ist die Möglichkeit, dass die Familie der kranken Kinder finanziell mitgetragen und einer Rehabilitation zugeführt werden kann. Die Patienten sind nicht mehr der alleinige Fokus, sondern auch die Familie, da ein gesundes und unterstützendes Umfeld für die erfolgreiche Rehabilitation essenziell ist. Wenn ein Kind eine Krebsdiagnose bekommt, fällt in der Regel die gesamte Familie in eine existenzielle Krise. Die Eltern stehen unter immensen Druck. Für die sinnvolle Rehabilitation des Kindes ist es notwendig, das zerrütete Familiengewebe wiederherzustellen, neues Vertrauen zu schaffen, früheren Ritualen und „stillen“ Geschwistern wieder den alten Stellenwert zu geben. Die gesamtheitlich rehabilitierte Familie findet dadurch aus der Krise wieder in die Normalität zurück. Die erlernten Maßnahmen sollen familiär weitergelebt werden, um den Wiedereinstieg ins Leben (Arbeit, Schule, Kindergarten) leichter zu schaffen.“

Richard Crevenna
„Die Tagung konnte wieder nationale, aber auch internationale Trends in der onkologischen Rehabilitation aufzeigen. Weiters wurde ein Einblick in Spezialthemen, wie u. a. Sarkome, gynäkologische, urogenitale Tumorerkrankungen und bösartige Hirntumore, d.h. Glioblastome, gegeben. Darüber hinaus wurde dargestellt, dass wir hervorragend funktionierende stationäre Rehabilitationszentren als logische Fortsetzung und Ergänzung der bestehenden Spitzenmedizin in der Krebsbehandlung haben. Augenscheinlich wird dabei immer mehr, dass es fließende Übergänge zwischen der onkologischen Rehabilitation und der Situation bei weit fortgeschrittenen, auch palliativen Situationen geben kann. Eine onkologische Rehabilitation vermag sowohl Seniorinnen und Senioren, als auch Patienten, welche ins Arbeitsleben zurückkehren möchten, zu einer deutlich verbesserten Teilhabe zu führen. Nach dem Kongress ist ja bekanntlich vor dem Kongress – wir freuen uns daher schon auf die nächste Tagung, die am 11. Jänner 2019 im Van Swieten-Saal der Medizinischen Universität Wien und damit im unmittelbaren universitären Umfeld stattfinden wird.“^{1,2}

¹ Crevenna R. Cancer rehabilitation and palliative care – two important parts of comprehensive cancer care. Support Care Cancer. 2015 Dec;23(12):3407-8. doi: 10.1007/s00520-015-2977-1. Epub 2015 Oct 6.
² Crevenna R. Return-to-work outcomes in cancer survivors. Support Care Cancer. 2017 Jul 18. doi: 10.1007/s00520-017-3835-0.
Buchtip: Richard Crevenna: Physikalische Medizin und Rehabilitation. Ein Kurzlehrbuch. Richard Crevenna (Autor), Facultas (Verlag), 1. Auflage (Februar 2018); 978-3-7089-1409-1 (ISBN)





PRIMÄRVERSORGUNG NEU: Pilotprojekte umsetzen!

Plattformen

Von 26. bis 27. Jänner 2018 fand am Schloss Enns die zweite Tagung des Vereins AM PLUS zur neuen Primärversorgung statt. Nach einer ersten erfolgreichen Tagung 2017 wurde die heutige Veranstaltung unter dem Titel „PRIMÄRVERSORGUNG NEU: Pilotprojekte umsetzen“ gesetzt. Das Ziel: ein gemeinsames Verständnis der neuen Primärversorgung fördern und allen dafür relevanten Personenkreisen Mut zur Umsetzung am Beispiel der aktuellen vielseitigen Pilotprojekte in Österreich machen.

Von Markus Sticker

„Es wurde schon genug theoretisch über die neue Primärversorgung (PHC) gesprochen und diskutiert. Wir sind davon überzeugt, dass nun endlich vermehrt in die praktische Umsetzung gegangen werden muss“, so Dr. Erwin Rebhandl, Präsident von AM PLUS, bei der Eröffnung der heutigen Tagung in Enns. Laut Dr. Rebhandl sollte die Tagung allen Vertretern der relevanten Gesundheitsberufe sowie anderen relevanten Institutionen dabei helfen, Antworten zu Herausforderungen bei der Umsetzung von PHC in Österreich zu bekommen und sich ein detaillierteres Bild von bereits erfolgreich initiierten Pilotprojekten zu machen. Ziel der Tagung sei es, einen Beitrag dazu zu leisten, dass das Konzept in die richtige Richtung weitergeht. „Es freut uns sehr, dass die Tagung auf so großes Interesse gestoßen ist. Über 100 Personen waren an beiden Tagen anwesend und haben sich aktiv an den Vorträgen, Diskussionen und Workshops beteiligt. Besonders erfreulich ist, dass sich die Teilnehmer so vielfältig zusammengesetzt haben: von Allgemeinmedizinern und allen involvierten Gesundheitsberufen über politische Entscheidungsträger bis hin zu Vertretern der Sozialversicherungsträger – das zeigt die vielseitige Relevanz dieses Themas und den Informationsbedarf“, so Dr. Rebhandl weiter.

Praxisnahe und umsetzungsrelevante Inhalte Getreu dem Motto lud AM PLUS zur ersten Tagung mit praxisnahem und umsetzungsrelevantem Programm. Gestartet wurde mit einem Impulsvortrag von Assoc.-Prof. PD Dr. Kathryn HOFFMANN, Leiterin der Abteilung für Allgemeinmedizin am Zentrum für Public Health der Medizinischen Universität Wien, zum Thema „Primärversorgung neu – Umsetzung in Österreich und anderen Ländern“. Diesem schlossen sich vier Kurzvorträge zu relevanten Themen an: Dr. Christoph Dachs, niedergelassener Allgemeinmediziner und Präsident der ÖGAM, zu den verschiedenen Organisationsformen von PHC; Mag. Franz Kiesl, Direktor der OÖGKK, zu den Themen Finanzierung und Honorierung; Emil Igelsböck, Studiengangsleiter für Physiotherapie an der FH Oberösterreich, zu den Bereichen Ausbildung und Social Skills und Mag. Nick Herdega, Kammeramtsdirektor-Stellvertreter der Oberösterreichischen Ärztekammer, zu den rechtlichen Rahmenbedingungen von PHC. Den inhaltlichen Abschluss am Freitag bildete eine hochkarätig besetzte Podiumsdiskussion zum Thema „Wie setze ich

Dr. Erwin Rebhandl

Präsident von AM PLUS und der OBGAM, niedergelassener Allgemeinmediziner in Haslach an der Mühl

„Die Tagung war von einer konzentrierten, neugierigen und gleichzeitig angenehmen Atmosphäre getragen. Man spürte richtig, wie sehr das Thema und die einzelnen Vorträge interessierten. Irgendwie lag auch ein wenig Gründungsenergie in der Luft – vielleicht konnten wir ja den einen oder die andere dazu motivieren, ein eigenes Pilotprojekt anzustoßen. Wir hoffen auf jeden Fall, mit dieser Tagung wieder einen Beitrag zur erfolgreichen Umsetzung der neuen Primärversorgung geleistet zu haben.“



Albert Maringer,

Obmann der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse

„Die Tagung zeigt: Mit der Primärversorgung sind wir am Puls der Zeit. Wir können einer neuen Ärztesgeneration ein attraktives Arbeitsmodell anbieten. Die Erfahrungen der Pioniere in den bereits eröffneten Primärversorgungszentren sind für die OÖGKK sehr wertvoll.“



OMR Dr. Thomas Fiedler

2. Vizepräsident und Kurienobmann niedergelassener ÄrztInnen in der Ärztekammer OÖ

„In Enns, Haslach und Marchtrenk sieht man, wie rasch und unkompliziert Primärversorgungseinheiten in vorhandener Infrastruktur entstehen können. Neben der Unterstützung der Institutionen, die in Oberösterreich mit Land, OÖGKK und Ärztekammer eine bestens funktionierende Achse bilden, braucht es dazu den Willen der Beteiligten. Die PVE ist eine der vielen möglichen Kooperationsformen, die wir unterstützen.“



LR Mag. Christine Haberlander

Landesrätin für Gesundheit in Oberösterreich

„Die Primärversorgung auszubauen ist Gebot der Stunde. Ich bin überzeugt davon, dass wir im Miteinander von OÖGKK, Ärztekammer für OÖ und Land dafür sehr gute Modelle entwickelt haben, die über Oberösterreich hinaus Vorbildcharakter besitzen. Das wurde auch durch das große Interesse bei der Tagung bestätigt.“



Assoc. Prof. PD Dr. Kathryn Hoffmann, MPH

interimistische Leitung der Abteilung Allgemeinmedizin am Zentrum für Public Health der Medizinischen Universität Wien

„Ich freue mich, Teil dieser interessanten und vor allem motivierenden Tagung gewesen zu sein. Motivierend war vor allem das hohe Niveau, mit welchem über das Thema Primärversorgung im Sinne des klar definierten Versorgungskonzeptes gesprochen wurde. Interessant und zukunftsweisend waren die Ausführungen zu den Details der Umsetzung der bereits bestehenden Primärversorgungseinheiten.“



ein Pilotprojekt erfolgreich um?“. Unter der Moderation von Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier, Vizepräsident von AM PLUS, diskutierten OMR Dr. Thomas Fiedler, Vizepräsident der Ärztekammer Oberösterreich, Mag. Christine Haberlander, Landesrätin für Gesundheit in Oberösterreich, der Obmann der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse Albert Maringer, Martina Neumayer-Tinhof, Landesvorsitzende Oberösterreichs der Logopädie Austria, der Bürgermeister aus Haslach an der Mühl Dominik Reisinger sowie Dr. Erwin Rebhandl als treibende Kraft des PHC-Pilotprojektes in Haslach.

Am Samstag standen die bereits erfolgreich in Österreich initiierten Pilotprojekte im Fokus. Vertreter folgender Pilotprojekte gaben den Teilnehmern einen kurzen Überblick: GHZ Enns, PVE Haslach, PHC Donaustadt, PVZ Marchtrenk, GHZ Mariazell und das Netzwerk Tennengau. In den anschließenden Workshops hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, sich detailliert mit diesen Projekten auseinanderzusetzen. Dafür waren auch weitere Mitglieder der jeweiligen Projektteams anwesend, damit sich die jeweiligen Professionen untereinander austauschen konnten. Die Teilnehmer der Tagung nutzten diese Gelegenheit und stellten den Projektvertretern zahlreiche Fragen. Nach einem kurzen Resümee durch Dr. Rebhandl fand die Tagung mit der Besichtigung des Gesundheitszentrums Enns ihren Abschluss.

Gemeinsam die Primärversorgung voranbringen AM PLUS kann auf eine sehr gelungene und erfolgreiche Tagung zurückblicken. Die Teilnehmer konnten über den Umsetzungsstatus der Primärversorgung neu und Beispiele erfolgreicher Pilotprojekte in Österreich ausreichend informiert werden. Für den Verein AM PLUS ist dieses positive Feedback ein wichtiger Ansporn, weiter an der Umsetzung von PHC in Österreich zu arbeiten. An dieser Stelle dankt der Verein allen Unterstützern und Kooperationspartnern!



Die Diskutanten der Podiumsdiskussion v.l. Manfred Maier (Moderator), Thomas Fiedler, Erwin Rebhandl, Martina Neumayer-Tinhof, Christine Haberlander, Albert Maringer, Dominik Reisinger

Die Vertreter der Pilotprojekte v.l. Erwin Rebhandl, Roland Ecker, Manfred Zalud, Regina Ewald, Wolfgang Haschl, Patrick Killmaier, Christoph Dachs, Gabriela Pichler



KOOPERATIONSPARTNER DER TAGUNG:

WIR DANKEN DEN UNTERSTÜTZERN DER TAGUNG:



Im Zeichen der Zusammenarbeit



In einem Gipfelgespräch im Serviertviertel kurz vor Weihnachten bekundeten Mag. pharm. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr, Präsidentin der Österreichischen Apothekerkammer, und ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres, Präsident der Österreichischen Ärztekammer, konkrete Pläne über eine intensivere Zusammenarbeit der beiden Kammern. Gemeinsam lernen und so die Patientenversorgung verbessern, das ist das Motto dieses ambitionierten Vorhabens.

Von Dr. Nedad Memić

Unmittelbar nach dem Gespräch mit der neuen Bundesministerin für Gesundheit Mag. Beate Hartinger-Klein trafen sich Mag. pharm. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr, Präsidentin der Österreichischen Apothekerkammer, und Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres, Präsident der Österreichischen Ärztekammer, bei einem Gipfelgespräch im Serviertviertel und definierten bereits die ersten Schritte einer künftigen Zusammenarbeit der beiden Kammern.

Kranken wollen wir so viel wie möglich vor Komplikationen schützen“, sagt der Ärztekammer-Präsident.

Mit einer Stimme sprechen

Die Patientenversorgung stellt Österreichs Apotheker und niedergelassene Ärzte vor immer komplexere Aufgaben: „Die Herausforderungen sind eine älter werdende Bevölkerung und damit immer mehr chronische Krankheiten. Darüber hinaus treten immer

„Im Mittelpunkt steht der Patient: Ihn wollen sowohl die Apotheker – als auch die Ärzteschaft möglichst lange gesund halten bzw. vor Komplikationen schützen.“

Thomas Szekeres

Rund 700.000 Kunden- und Patientenkontakte werden täglich von den Apothekern und niedergelassenen Ärzten in Österreich verzeichnet, zusammen bilden sie das Rückgrat der Gesundheitsversorgung der österreichischen Bevölkerung. Kein Wunder, dass Apotheker und Ärzte nun ihre Kräfte zunehmend bündeln wollen. „Wir haben einen Auftrag von der Bundesministerin Beate Hartinger-Klein erhalten, uns gemeinsam um die Gesundheit der Österreicher zu kümmern. Es ist ein klares Signal für die Zukunft: Wir wollen uns unseren Aufgaben mit voller Kraft widmen“, kündigt Mursch-Edlmayr optimistisch an. Tatsächlich sieht der ministerielle Arbeitsauftrag bereits einige Schwerpunktheimen vor, bei denen die Apotheker und Ärzte stärker kooperieren sollen: chronische Kranke, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Gesundheitskompetenz, Hautkrankheiten (besonders Psoriasis) sowie Onkologie. In diesen Bereichen werden nun die Präsidenten – samt dazugehörigen Gremien der Apotheker- und Ärztekammer – konkrete Projekte ins Leben rufen. Alles im Sinne der Patienten, wie Szekeres betont: „Im Mittelpunkt steht der Patient: Ihn wollen sowohl die Apotheker- als auch die Ärzteschaft möglichst lange gesund halten und die chronisch

öfter so genannte Zivilisationskrankheiten wie Diabetes auf“, erklärt Szekeres. Wichtig ist nun aus der Sicht beider Kammern, mit einer Stimme zu den Patienten zu sprechen. Ein wesentliches Anliegen ist die Prävention, bei der es in Österreich immer noch Nachholbedarf gibt: „Wir müssen auch gesunde Menschen beraten und aufklären. Das kann nur in der Apotheke gelingen“, sagt Mursch-Edlmayr. Thomas Szekeres fügt hinzu: „Die Investitionen in Präventionsmaßnahmen sind in Österreich um ein Drittel unter dem Durchschnitt der OECD-Länder. Unsere 15-Jährigen sind überdurchschnittlich übergewichtig, wir haben viele Raucher, die Obst- und Gemüsekonsumation ist nicht ausreichend.“

In der Prävention und Gesundheitsversorgung spielen beide Berufe eine Schlüsselrolle, einerseits durch die Diagnose und Therapie – was die Aufgabe der Ärzte ist –, andererseits durch die Gesundheitskompetenz und Adhärenz (Therapietreue). Letzteres fällt unter die Obhut der Apotheker. „Die Apotheker sind die größten Zuweiser zu den Ärzten. Der Patient wird in der Apotheke im Sinne der betreuten Selbstmedikation versorgt und bei Bedarf rechtzeitig zur Diagnose und Therapie geschickt. Danach kommt der Patient wieder zu uns und wir motivieren ihn, die Therapie-treue einzuhalten“, beschreibt die Apothekerkammer-Präsidentin die eng Verwobenheit

der Ärzte und Apotheker. „Viele Chroniker vermeiden den Weg zum Arzt, weil sie dort manchmal hören, was sie vielleicht nicht hören wollen. Die Hemmschwelle, zum Apotheker zu gehen, ist jedenfalls niedriger“, fügt der Ärztekammer-Präsident hinzu.

Gemeinsame Fortbildungen

Neben geplanten gemeinsamen Quartalsitzungen, an denen bereits besprochene, aber auch weitere Themenschwerpunkte gemeinsam diskutiert und Lösungen erarbeitet werden, ist es beiden Präsidenten ein Anliegen, gemeinsame Fortbildungen für Ärzte und Apotheker zu organisieren. Vorbilder dafür existieren bereits in einigen Bundesländern: „In einigen Regionen gibt es bereits Qualitätszirkel, an denen sich Ärzte und Apotheker austauschen. Das ist ein Modell, das wir auch in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer standardisieren und zur Regel machen können“, betont Mursch-Edlmayr. Als Beispiel nannte sie das Projekt GEMED in Salzburg: „Ärzte und Apotheker arbeiten hier eng zusammen und optimieren gemeinsam mit dem Pflegepersonal die Therapieschemata und die Pflegebeobachtung, um ihre Patienten bestmöglich zu betreuen – mit hervorragenden Ergebnissen“, berichtet Ulrike Mursch-Edlmayr.

Beide Kammerpräsidenten hoben auch die Bedeutung gemeinsamer Ausbildungsprogramme für Apotheker und Ärzte hervor. „Ansätze zur gemeinsamen Ausbildung von Pharmazeuten und Ärzten existieren bereits, aber diese Angebote sind nicht strukturiert und standardisiert“, betont Thomas Szekeres. „Revo-

BioBox: ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres

promovierte 1988 an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien, 1994 folgte seine Habilitation an derselben Fakultät zum Universitätsdozenten für Medizinische und Chemische Laboratoriumsdiagnostik. Seit 1997 ist Szekeres Oberarzt am Klinischen Institut für Medizinische und Chemische Labordiagnostik der Medizinischen Universität Wien. Seit 2012 ist der gebürtige Wiener Präsident der Ärztekammer für Wien. Seit Juni 2017 ist Szekeres zudem Präsident der Österreichischen Ärztekammer.

lutionär denkende Public-Health-Experten setzen, man müsste bereits im Studium mit der gemeinsamen Ausbildung anfangen. Wir können die Curricula nicht ändern, aber wir können Gemeinsamkeiten suchen und voneinander lernen. Das bringt für alle einen Mehrwert“, ist die Apothekerkammer-Präsidentin überzeugt.

Wohnortnahe Versorgung

In einem spitalslastigen Gesundheitssystem wie in Österreich ist es der Wunsch der Ärzte- und Apothekerschaft, eine möglichst qualitative wohnortnahe Versorgung auch in Zukunft zu gewährleisten: „Wir wünschen uns mehr Behandlung außerhalb der Spitäler im niedergelassenen Bereich. Gleichzeitig ist der Mangel an Kassenärzten bei einer schnell wachsenden Bevölkerung spürbar“, sagt Szekeres und schlägt eine Ausweitung der Kassenleistungen vor – etwa auf nuklearmedizinische oder onkologische Untersuchungen im niedergelassenen Bereich. So sollten etwa Krebspatienten nach dem Krankenhausaufenthalt ihre Therapien möglichst außerhalb des Spitals bekommen: „Das ist auch aus volkswirtschaftlicher Sicht eine günstigere Lösung“, betont der Präsident der Österreichischen Ärztekammer.

„Rund 1.400 Apotheken in Österreich sind im Durchschnitt innerhalb von zehn Minuten erreichbar. Dieses Service wollen wir auch zukünftig bieten.“

Ulrike Mursch-Edlmayr

Gesundheitsministerin Hartinger-Klein traf Präsidenten der Ärzte- und Apothekerkammer

Ende Dezember traf Gesundheitsministerin Mag. Beate Hartinger-Klein die Präsidentin der Österreichischen Apothekerkammer Mag. pharm. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr und den Präsidenten der Österreichischen Ärztekammer Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres. „Es ist notwendig, dass die beiden Kammern in Zukunft im Interesse der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherter besser zusammenarbeiten als in der Vergangenheit und auch ein konstruktives Kommunikationsklima hergestellt wird“, sagte die Bundesministerin. „Daher habe ich die beiden Kammervertreter gebeten, noch heute ein Gespräch zu führen, wie hier auch bei unterschiedlichen inhaltlichen Standpunkten ein gutes Einvernehmen hergestellt werden kann. Unser gemeinsames Anliegen ist es, gesundheitspolitisch in den kommenden Jahren viel für die Bevölkerung weiterzubringen“, so Hartinger-Klein nach dem Gespräch mit den beiden Präsidenten.

Hartinger-Klein trifft Präsidenten von Apotheker- und Ärztekammer



v.l.n.r.: Ärztekammerpräsident Thomas Szekeres, Sozialministerin Beate Hartinger-Klein, Präsidentin der Apothekerkammer, Ulrike Mursch-Edlmayr
Credit: BKA/Sozialministerium
Fotograf: Regina Aigner

Wien (OTS/BMASK) – Nach ihrer Angelobung am Montag trifft Gesundheitsministerin Beate Hartinger-Klein in diesen Tagen zahlreiche Vertreter von Interessensgruppen, Kammern und Vereinigungen, die in ihren Zuständigkeitsbereich als Ministerin fallen. „Mir ist wichtig, meine Systempartner in den Bereichen Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz bestmöglich einzubinden.“

Heute, Donnerstag, fanden Gespräche mit der Präsidentin der Apothekerkammer, Ulrike Mursch-Edlmayr und dem Präsidenten der Ärztekammer, Thomas Szekeres, statt. Die Ministerin und die Kammervertreter erörterten die geplanten gesundheitspolitischen Maßnahmen der neuen Bundesregierung. „Es ist notwendig, dass diese sowie der Versicherten besser zusammenarbeiten als in der Vergangenheit und auch ein konstruktives Kommunikationsklima hergestellt wird. Daher habe ich die beiden Kammervertreter gebeten, noch heute ein Gespräch zu führen, wie hier auch bei unterschiedlichen inhaltlichen Standpunkten ein gutes Einvernehmen hergestellt werden kann“, betonte Hartinger-Klein.

Die APA-OTS-Meldung zum Treffen von Gesundheits- und Sozialministerin Hartinger-Klein mit den Präsidenten der Österreichischen Apotheker- und Ärztekammer Mursch-Edlmayr und Szekeres.

BioBox: Mag. pharm. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr
hat das Pharmaziestudium an der Universität Innsbruck abgeschlossen. Nach einer Forschungstätigkeit an der Universität Innsbruck eröffnete sie in Siering (OO) eine Apotheke, die „Gesundheits-Greißlerei“. Seit 2012 ist Ulrike Mursch-Edlmayr Präsidentin der Oberösterreichischen Apothekerkammer. 2014 wurde sie zur „Managerin des Jahres“ in Oberösterreich gekürt. Seit dem 1. Juli 2017 ist die gebürtige Stieringerin Präsidentin der Österreichischen Apothekerkammer.

Für die Präsidenten der Ärzte- und Apothekerkammer ist eine qualitativ anspruchsvolle wohnortnahe Versorgung ein wichtiges Anliegen. „Unser Wunsch ist es, auf eine kurze Distanz einen Arzt oder einen Apotheker zu finden“, so Thomas Szekeres. Ulrike Mursch-Edlmayr fügt hinzu: „In Österreich gibt es rund 1.400 Apotheken, sie sind im Durchschnitt innerhalb von zehn Minuten erreichbar. Dieses Service für die Menschen wollen wir auch zukünftig bieten können.“ Im Interesse der Patienten sei es also, dass sich die Ärzte und Apotheker, die in einem Grätzl arbeiten, gut kennen und auch zusammenarbeiten.

Ein gutes Beispiel für eine solche Zusammenarbeit könnten die Impfungen sein. „Es ist ohnehin notwendig, Impfungsraten anzuhaken. Den Zugang zur Impfung könnten wir gemeinsam verbessern“, erklärt Szekeres.



Lebensart
Zukunftsprojekte für die Patienten

Gesundheit. Durch intensive Zusammenarbeit von Ärzten und Apothekern soll die Versorgung optimiert werden

Do, 21. Dez 2017

Zur Person: Thomas Szekeres

Ärztekammerpräsident
Als gebürtiger Wiener ist seit Juni dieses Jahres Präsident der Österreichischen Ärztekammer und bereits seit 2012 Präsident der Ärztekammer für Wien, deren Vorstandsmittglied er seit 2001 ist. An der Universität Wien promovierte Szekeres zum Doktor der gesamten Heilkunde, danach wurde er Facharzt für Med. & Chem. Labordiagnostik.

Zur Person: Ulrike Mursch-Edlmayr

Erste Präsidentin
Am 1. Juli 2017 wurde Mag. Dr. Mursch-Edlmayr zur Präsidentin der Österreichischen Apothekerkammer gewählt – als erste Frau in der selbständigen Geschichte dieser Stanzungsstelle. Ernennung zum Aufbausekretär, Facharzt für Pharmazie, Europäischer Clinical Chemist sowie ein Ph.D. (Doktor phil.).

Der Werdegang

Als weitere Stationen in seinem Berufsleben folgten unter anderem eine Habilitation zum Universitätsdozenten für Klinische Chemie und Labordiagnostik, Ernennung zum Aufbausekretär, Facharzt für Pharmazie, Europäischer Clinical Chemist sowie ein Ph.D. (Doktor phil.).

Die beiden Präsidenten

Die beiden Präsidenten mit Experten aus den jeweiligen medizinischen und pharmazeutischen Bereichen Projekt-Schritt-für-Schritt-Entwicklungen. Parallel dazu werden Ärzte und Pharmazeuten Qualitätszirkel bilden, um im Interesse der Patienten auch gemeinsame Lern- und Fortbildungsmöglichkeiten zu schaffen. „Denn im Mittelpunkt stehen die Patienten, den sowohl der Apotheker als auch der Arzt eine möglichst lange und chronisch stabile Versorgung bieten wollen und chronischen Krankheiten und Komplikationen und Verunsicherungen vorbeugen“, sagt Mursch-Edlmayr.

Mit einer Stimme

Zusammengerechnet für ganz Österreich, sehen Ärzte und Pharmazeuten täglich rund 700.000 Menschen, wobei 80 Prozent der Klienten chronische Krankheiten sind. Wohnortnahe Versorgung, Diagnostik und Therapie sind zentrale Themen der gemeinsamen Arbeit.

Therapie-Reform

Krebspatienten sollten nach Diagnose und Einweisung im Krankenhaus ihre Therapien möglichst außerhalb des Spitals erhalten. „Das ist sinnvoll, weil eine für die Erkrankung weniger belastende und auch solkswirtschaftlich günstigere Version der Behandlung“, erklärt Szekeres. In Ländern, die einen Mangel an Kassenärzten in Ambulatorien haben, ist Österreichs Konkurrenzvorteil. „Das ist ein Bereich, in dem wir uns nicht nur als Vorbild, sondern auch als Partner anbieten können.“

Die beiden Präsidenten

Die beiden Präsidenten mit Experten aus den jeweiligen medizinischen und pharmazeutischen Bereichen Projekt-Schritt-für-Schritt-Entwicklungen. Parallel dazu werden Ärzte und Pharmazeuten Qualitätszirkel bilden, um im Interesse der Patienten auch gemeinsame Lern- und Fortbildungsmöglichkeiten zu schaffen. „Denn im Mittelpunkt stehen die Patienten, den sowohl der Apotheker als auch der Arzt eine möglichst lange und chronisch stabile Versorgung bieten wollen und chronischen Krankheiten und Komplikationen und Verunsicherungen vorbeugen“, sagt Mursch-Edlmayr.

Mit einer Stimme

Zusammengerechnet für ganz Österreich, sehen Ärzte und Pharmazeuten täglich rund 700.000 Menschen, wobei 80 Prozent der Klienten chronische Krankheiten sind. Wohnortnahe Versorgung, Diagnostik und Therapie sind zentrale Themen der gemeinsamen Arbeit.



Reha im Wandel der Zeit



Unsere Gesellschaft und Arbeitswelt entwickeln sich rasant. Das stellt die Rehabilitation vor neue Herausforderungen. Mit dem Projekt Reha NEXT nimmt das BBRZ gemeinsam mit allen Akteuren, die in das System der beruflichen Rehabilitation eingebunden sind, die zukünftigen Entwicklungen und Zielgruppen der Rehabilitation unter die Lupe und bietet innovative Lösungen. Die erste Reha NEXT-Enquete in Wien war ein wichtiger Startschuss dazu.

Von Dr. Nedžad Memić

Die Wiederherstellung des Gesundheitszustands einer Person, so definiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Rehabilitation. Das Ziel dabei ist es, den Betroffenen zur größtmöglichen Teilnahme am gesellschaftlichen, ökonomischen und beruflichen Leben zu befähigen. Die herkömmliche Zielgruppe der Rehabilitation in Österreich sind Menschen, die aufgrund ihrer körperlichen Einschränkungen ihrem ursprünglichen Beruf nicht mehr nachgehen können. Sie wieder berufs- und lebensfit zu machen ist die Hauptaufgabe einer erfolgreichen beruflichen Rehabilitation. „Die berufliche Rehabilitation in Österreich ist

und an der Gesellschaft teilzuhaben. Wir gehen davon aus, dass die Investition in gesellschaftlich benachteiligte Menschen eine zentrale Aufgabe des Sozialstaates ist und dass dies – längerfristig betrachtet – gesellschaftlich sinnvoll und effizient ist. Mit dem Projekt Reha NEXT und mit den Veranstaltungen wie der Reha NEXT-Enquete wollen wir die Frage stellen, wie die Rehabilitation auf den Wandel in der Arbeitswelt reagieren kann“, erklärt Polzer.

„Die Arbeitswelt befindet sich in einem dramatischen Umbruch“, fügt Mag. Roman

raten werden, die klassische Zielberufe der Rehabilitation darstellen, wie etwa Büro- oder Versicherungskaufleute. Neben einer passgenauen Ausbildung braucht es deshalb auch ein gutes Rüstzeug im Bereich der Persönlichkeitsbildung, um in diesem Wettbewerb eine Chance zu haben“, so Pöschl.

Aus diesem Grund setzt das BBRZ im Rahmen des breit angelegten Projekts Reha NEXT konkrete Schritte, um die Rehabilitation der Zukunft neu zu denken. Eine wichtige Gelegenheit dazu bot

Selbstkompetenz und Eigenverantwortung als neue Grundvoraussetzungen Betrachtet man das ASVG, so zielt die medizinische Rehabilitation auf die Wiederherstellung des Gesundheitszustandes ab, die es einem erlaubt, den erlernten Beruf weiter auszuüben. Ist dies nicht möglich, so geht es in Richtung berufliche Rehabilitation. Ein wesentliches Element der beruflichen Rehabilitation stellt bislang die Umschulung dar. Dazu BBRZ-Geschäftsführer Pöschl: „Man kann das auch so betrachten,

liege nach Ansicht Pöschls darin, dass die moderne Arbeitswelt bereits geringfügige psychoemotionale „Defizite“ erbarmungslos ausgrenzt. Und das auf allen Qualifikationsebenen. „Die neue Arbeitswelt fordert von jedem Teamfähigkeit, Kundenorientierung, Eigenständigkeit, Flexibilität und unternehmerisches Denken, also Selbstkompetenzen, über die man keineswegs automatisch verfügt. Natürlich kann man die Forderung nach psychoemotionalen Schonarbeitsplätzen formulieren. Die Wahrheit ist jedoch, dass diese Niscentätigkeiten in den letzten fünfzehn Jahren weitgehend abgebaut wurden, auch und vor allem im öffentlichen Bereich.“ In der beruflichen Rehabilitation von Menschen mit psychischer Erkrankung müsse es gemäß Pöschl deshalb zukünftig weniger um ein Zurück zu einem vorherigen Zustand gehen als vielmehr um ein Wachstum darüber hinaus – zu einem wettbewerbsfähigeren und widerstandsfähigen Selbst. „Das mag vielen wie eine Zumutung klingen und vielleicht ist es das auch, aber es ist gleichzeitig ohne echte Alternative“, meint Pöschl.

Der Arbeitsmarkt der Zukunft erfordert Neuausrichtung der Rehabilitation Auch andere wichtige Akteure in der be-

ASVG haben wir 2017 unsere medizinische und berufliche Rehabilitation zusammengeführt: Wir nennen dies REHA-JET“, so Aust. „Dazu haben wir drei Kompetenzzentren definiert: die Sonderkrankenanstalt Gröbming, die Sonderkrankenanstalt Bad Hofgastein und das Zentrum für ambulante Rehabilitation Graz, in denen seit Anfang dieses Jahres die Stufe II der medizinisch-beruflichen Rehabilitation durchgeführt wird. Weiters werden wir ab 2019 in unserer Sonderkrankenanstalt – Rehabilitationszentrum Felbring psychosomatische Rehabilitation anbieten. Das bedeutet, bereits im Vorfeld zu definieren, welche Leistungen für welche Bedürfnisse die betroffenen Menschen brauchen. Derzeit erfolgen rund 70 bis 75 Prozent der Überweisungen zur psychosomatischen Rehabilitation seitens der Allgemeinmediziner. Meiner Meinung nach sollen in diesem Bereich alle SV-Träger mit der PVA zusammenarbeiten, um den Rehabilitanden die bestmögliche Betreuung zu gewährleisten“, so der Generaldirektor-Stellvertreter der PVA.

Die Vorhaben des Arbeitsmarktservice in den nächsten Jahren wurden auf der 1. Reha NEXT-Enquete von Mag. Petra Draxl, Ge-

werden, sind Migrantinnen und Migranten. Dort ist zum Teil die Sprachbarriere immer noch zu groß, da gilt es vor allem, diese Menschen für den Arbeitsmarkt sprachlich fit zu machen“, betonte die AMS Wien-Chefin. Auf der anderen Seite steige die Zahl der Menschen mit Einschränkungen am Arbeitsmarkt stetig weiter an. Daher müsse das AMS Wien viel mehr in eine differenzierte Beratungsleistung investieren, aber auch schauen, wie die Effizienz und Effektivität der AMS-Maßnahmen gesteigert und gemessen werden können. „Unsere Arbeitswelt befindet sich vor großen Herausforderungen, eine der wichtigsten ist jedenfalls die Digitalisierung. Das bedeutet, dass wir im AMS Wien in nächster Zeit größere Gruppen unserer Kundinnen und Kunden auf das digitale Zeitalter vorbereiten müssen“, so Draxl.

Auch seitens der Arbeitnehmervertreter wie der AK werden Reha-Angebote neu gedacht. „Die wichtigste und zugleich schwierigste Herausforderung des jetzigen Reha-Systems besteht darin, dass es Menschen in die Arbeitswelt zurückbringen soll, die sie vorher krank gemacht hat. In der

gesündere Konkurrenz antreffen“, sagt der Direktor der Wiener Arbeiterkammer.

Dr. Franz Kühmayer, Trendforscher und Managementberater vom Zukunftsinstitut, summierte wichtige Zukunftstrends in der Arbeitswelt: „Die Arbeit transzendiert alle fest gegessenen Formen und Grenzen, an die sie bisher gebunden war – insbesondere Zeit und Ort“, sagt Kühmayer. „Konsequenz davon ist: Während das althergebrachte Normalarbeitsverhältnis im Rückzug begriffen ist, machen so genannte atypische Beschäftigungsformen – etwa Teilzeit-, Projekt- oder Leiharbeit – in vielen Betrieben bereits einen signifikanten Anteil aus, mit stets steigender Tendenz. Und obwohl Unstetigkeiten nach mehr Flexibilität rufen, erkennen viele in der Praxis, dass mobiles Arbeiten, Vertrauensarbeitszeit und Home Office nicht nur die Anwesenheitspflicht, sondern auch Zusammenhalt, Koordination und Kommunikation unterlaufen. In der fragmentierten Unternehmenslandschaft wird Kohäsion zur Herausforderung“, betont der Zukunftsforscher abschließend.



Teilnehmer der Podiumsdiskussion
(in alphabetischer Reihenfolge)

- Ing. Kurt **AUST**
Generaldirektor-Stellvertreter, PVA
- Mag. Petra **DRAXL**
Geschäftsführerin des AMS Wien
- Prof. Dr. Christoph **KLEIN**
Direktor der AK Wien
- Dr. Franz **KÜHMAYER**
Trendforscher, Zukunftsinstitut Österreich
- Herbert **PICHLER**
Präsident des Österreichischen Behindertenrates
- Mag. Roman **PÖSCHL**
BBRZ-Geschäftsführer

ein Teil des Sozialstaates und beruht damit auf dessen Grundprinzipien wie Solidarität, Chancengleichheit und soziale Sicherheit“, erklärt Dr. Manfred Polzer, Sprecher der BBRZ-Gruppe und BBRZ-Geschäftsführer. „Da der Arbeitsmarkt nicht für jeden gleichermaßen zugänglich ist, schafft die berufliche Rehabilitation vor allem neue Chancen und ermöglicht es Personen, einen Zugang zum Arbeitsleben zu finden

Pöschl, BBRZ-Geschäftsführer, hinzu. „Berufsbilder verändern sich grundlegend, lösen sich teilweise auf oder werden durch andere ersetzt. War eine berufliche Qualifizierung noch vor einiger Zeit eine Quasigarantie für einen Arbeitsplatz, so ist sie nun bestenfalls eine notwendige Voraussetzung dafür“, so Pöschl. „Das Problem wird zusätzlich dadurch verschärft, dass aufgrund der Digitalisierung ausgerechnet jene Berufsgruppen massiv unter Druck ge-

sich im Rahmen der ersten prominent besetzten Reha NEXT-Enquete im November letzten Jahres in Wien an. Neben einer Reihe von hochaktuellen Vorträgen, die theoretische, aber auch praktische Einblicke in das Thema der psychischen Rehabilitation gaben, erörterten prominente Akteure aus dem Rehabilitations- und Arbeitsmarktbereich relevante Lösungsvorschläge und konkrete Maßnahmen, um Reha-Angebote aus diesem Bereich in Österreich zukunftsfit zu machen.

dass bleibende gesundheitliche Einschränkungen durch neue und erweiterte Kenntnisse überkompensiert werden. Auf einen Nenner gebracht, wird die defekte Körpermaschine durch eine verbesserte Kopfmaschine ersetzt. Gerade im Bereich der psychischen Erkrankungen ist allerdings dieses „Maschinenmodell“ weder auf die medizinische noch auf die berufliche Rehabilitation anwendbar.“ Laut Pöschl gäbe es außerdem keine klaren Nachweise für ein Ansteigen der psychischen Erkrankungen selbst. Der Grund für das Ansteigen der Fallzahlen

beruflichen Rehabilitation sind sich großer künftiger Herausforderungen auf diesem Gebiet bewusst. „In der PVA haben wir uns eine klare Aufgabe zum Ziel gesetzt: Wir werden noch differenziertere medizinische Rehabilitationsangebote entwickeln“, sagt Ing. Kurt Aust, Generaldirektor-Stellvertreter der Pensionsversicherungsanstalt. „Unser gesetzlicher Auftrag, Menschen in die Lage zu versetzen, ihre Arbeitsfähigkeit wiederzuerlangen, erfordert laufende Anpassungen – auch und besonders in der psychischen Reha: Wir müssen die Betroffenen früher erreichen. Aus diesem Grund und infolge der neuen Rechtsgrundlage im

schäftsführerin des AMS Wien, skizziert: „Das AMS Wien wird in den nächsten zwei Jahren den Fokus seiner Aktivitäten stärker darauf ausrichten, den unterschiedlichen Bedürfnissen seiner Zielgruppen Genüge zu tun. Für Beschäftigte entstehen neue Lebensrealitäten, die mehr Differenzierung erfordern“, so Draxl. Frauen und Migranten wolle man sich beim AMS Wien besonders widmen: „Zum einen müsste man ebenso wie in der Medizin auch in der Rehabilitation das Thema Gender deutlich stärker berücksichtigen, denn Frauen nehmen Reha-Angebote anders in Anspruch als Männer. Eine andere Gruppe, der wir uns in der nächsten Zeit intensiver widmen

Folge ist es besonders wichtig, berufstätige Personen mit Reha-Angeboten früher zu erreichen.“ Außerdem seien laut Klein für die AK die Themen Berufs- und Einkommenschutz wichtig: „Der Berufsschutz kann manchmal auch ein Hindernis für die werden, die zurück in die Arbeitswelt, aber nicht unbedingt einen anderen Beruf erlernen wollen. Zudem sind in manchen Fällen die Beschäftigungschancen für die Betroffenen besser, wenn sie sich um Arbeitsplätze bewerben, an denen sie zumindest einen Teil ihrer bisherigen beruflichen Erfahrungen einbringen können, als wenn sie als Neustarter in einem gänzlich neuen Berufsbereich am Arbeitsmarkt antreten, wo sie häufig eine deutlich jüngere und



Big Data als Chance für Wissenschaft, Forschung & Innovation

Portfolio

Diskussionsteilnehmer
(von links nach rechts)

- Univ.-Doz. Dr. Ansgar **WELTERMANN**,
Leiter des Tumorzentrums gespag-Elisabethinen
- Prof. Dr. Reinhard **RIEDL**
Leiter des transdisziplinären Zentrums Digital Society
an der Berner Fachhochschule
- Dr. Nikolas **POPPER**
Geschäftsführer der dwh GmbH
- Dr. Armin **FIDLER**
Moderation
- Peter **HALWACHS**
Geschäftsführer LISAVienna
- Mag. Jan **PAZOREK**
Generaldirektor der Niederösterreichischen
Gebietskrankenkasse (NÖGKK)
- Dr. Johannes **PLEINER-DUXNEUNER**
Medical Director Roche Austria

Auch auf internationaler Ebene rücken Daten-generierung, -speicherung, -analyse und -verwaltung immer mehr in den Vordergrund. Im Rahmen einer Podiumsdiskussion zum Thema „Wissenschaft – Forschung – Innovation“ beim 2. PRAEVENIRE Gesundheitsforum in Seitenstetten diskutierten Experten aus Gesundheit und Medizin über die Chancen und Möglichkeiten, aber auch Herausforderungen von Data Science. Wie durch die fundierte Anwendung von Big Data Erkrankungen früher erkannt, diagnostiziert und therapiert werden können, wurde aus unterschiedlichen Blickwinkeln umfassend diskutiert. Moderiert wurde die Veranstaltung von Armin Fidler, Vorsitzender des PRAEVENIRE-Boards.

Von Mag. Nina Bennett, MA

Diagnosestellung und Therapie sind in nahezu jeder medizinischen Disziplin umfangreich und komplex. Nur wenn das Wissen aller Experten zusammengetragen und diskutiert wird, kann über die passende Behandlung für einen bestimmten Patienten entschieden werden. Ohne die adäquate Erfassung von Therapien und deren Ergebnissen wird es in Zukunft nicht möglich sein, fundierte Daten zu erhalten, um die Forschung langfristig zu verbessern.

Revolution in der Tumordokumentation

Dass die Nutzung von eigenen Big Data wesentlich ist, um die Medizin zukünftig zu verbessern, erklärte Univ.-Doz. Dr. Ansgar Weltermann, Leiter des Tumorzentrums gespag-Elisabethinen: „Neben der Umsetzung der laufend publizierten Verbesserungen der medizinischen Behandlung ist es für ein gutes Tumorzentrum unabdingbar, die eigene Behandlungsqualität kontinuierlich zu evaluieren und auch auf diesem Weg Erkenntnisse für eine bessere Medizin vor Ort abzuleiten.“ Im Jahr 2013 gründeten onkologische Fachexperten aus zwei Spitalsträgern mit insgesamt neun Spitälern ein onkologisches Netzwerk. Es wurde eine trägerübergreifende IT-gestützte Tumordokumentation eingeführt, die es nun nach nur wenigen Jahren der Dokumentation ermöglicht, auf große Datenmengen zurückzugreifen, diese zu analysieren und neue Handlungsmaßnahmen abzuleiten. „Um die medizinische Behandlungsqualität besser messbar zu machen, haben wir über 40 medizinische Leitlinien entwickelt, die auf internationalen

Empfehlungen beruhen, jedoch zusätzlich lokale Gegebenheiten wie die Studien an den einzelnen Häusern unseres Tumorzentrums berücksichtigen. Die Leitlinien sind unter www.tumorzentrum.at öffentlich einsehbar und werden spätestens alle zwölf Monate aktualisiert. Wir können Patienten so zusichern, dass sie unabhängig von dem Spital, in dem sie aufgenommen werden, nach einheitlichen Kriterien diagnostiziert werden und eine gleichwertige Therapieempfehlung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erhalten“, führte Dr. Weltermann aus. Im Sinne der abgestuften Versorgung werden nicht alle Behandlungen oder Studien an allen Standorten durchgeführt, sondern bei Bedarf erfolgt eine Weiterleitung an das nächstgelegene und entsprechend spezialisierte Zentrum.

Drei Jahre nach der Einführung des IT-Dokumentationssystems lassen sich anhand der gemessenen Qualitätskriterien konkrete Optimierungsvorschläge für die Behandlung der Patienten ableiten. In den letzten drei Jahren wurden insgesamt 649 Brustkrebsfälle (Neudiagnosen) erfasst. Mithilfe der Software kann beispielsweise auf Knopfdruck analysiert werden, wie viele Patienten in welchem Stadium und mit welchen Risikofaktoren diagnostiziert wurden und wie viele Patienten präoperativ im Tumorboard eingeführt wurden. Ein Qualitätsparameter beim Brustkrebs ist beispielsweise die Rate der Patientinnen, bei denen ein Karzinom mit einem Durchmesser von weniger als drei cm brusterhaltend operiert werden

konnte. „Wir haben gesehen, dass sich bestimmte Kennzahlen durch kontinuierliche Verbesserungen und Diskussion der Ergebnisse im Qualitätszirkel verbessern lassen“, so Prof. Weltermann über die Resultate. Verwendet wird die Datenbank celsius37. „Die Ergebnisse der Analysen werden auch für die Zertifizierung genutzt, in unserem Fall die Zertifizierung nach EUSOMA für unser Brustzentrum. Durch die Zertifizierung erhalten wir zudem Daten auf nationaler und internationaler Ebene. In England werden beispielsweise seit Langem konkrete Outcome-Zahlen von Chirurgen zu spezifischen Operationen veröffentlicht. Davon sind wir in Österreich noch weit entfernt. Es braucht dazu die Bereitschaft aller Disziplinen und Gesundheitsberufe, durch häuserübergreifende Kooperationen bahnbrechende Veränderungen herbeizuführen“, ergänzte Weltermann.

Innovationen zu den Menschen bringen

Im Hinblick auf Innovationen erklärte Dr. Nikolas Popper, Geschäftsführer der dwh GmbH und Leiter von DexHilpp, dass die meisten davon zu lange in der Entwicklungsphase bleiben und oft viel zu spät tatsächlich zum Einsatz kommen: „Leider ist es dann für viele Patienten schon zu spät, obwohl wir Möglichkeiten gehabt hätten, die wir allerdings noch nicht einsetzen dürfen. Hier muss dringend angesetzt werden.“ Nach Meinung von Dr. Popper ist es wesentlich, die Möglichkeiten der Datenanalyse und Modelle aus unterschiedlichen Disziplinen zu verbinden, um aus den Daten ei-

nen Mehrwert generieren zu können. So hat DexHilpp ein komplexes System geschaffen, das Dokumente von Informatikern, Visualisierungsexperten, Statistiker, Ärzten und anderen Gesundheitsberufen zusammenführt. „Wenn uns nun noch gelingt, diese Daten vernünftig zu analysieren und allen Disziplinen und Entscheidungsträgern die Inhalte schnell und verständlich zur Verfügung zu stellen, können wir unser Level an Erkenntnis sehr rasch auf eine höhere Ebene bringen“, ist sich Dr. Popper sicher.

Nationaler Forschungsplan zu Big Data in der Schweiz

Die Themen Governance und Digital Skills griff Prof. Dr. Reinhard Riedl, Leiter des transdisziplinären Zentrums Digital Society an der Berner Fachhochschule, auf. Um in der Schweiz unabhängig zu bleiben, hat man sich für ein nationales Forschungsprogramm zu Big Data entschieden und verfolgt das Ziel einer nationalen Dateninfrastruktur. Diese Entscheidung hat auch auf das Gesundheitswesen großen Einfluss, da es einer der wichtigsten Anwender der angewandten Datenwissenschaft ist. Prof. Riedl problematisierte, dass die Experten im Gesundheitswesen in der Verknüpfung von Daten zwar einen großen Vorteil erkennen können und auch die Schwierigkeiten verstehen, aber nicht ausreichend über „Digital Skills“ verfügen, um die Schwierigkeiten zu meistern. „Die große Herausforderung bei der Arbeit mit komplexen Daten ist es, spezifisches Know-how über den Umgang mit solchen Daten zu erler-

nen. Ich muss demnach in der Lage sein, Maschinenlernen einzusetzen, um Qualitätsdefizite bei den Daten zu kompensieren. Denn auch Daten mit Bias, unvollständige Daten und fehlerhafte Daten können erfolgreich genutzt werden, wenn die Fehler aus der Analyse herausgerechnet werden, um fundierte Aussagen treffen zu können“, so Riedl. Auch den ethischen Aspekten der Verwendung von Daten misst Prof. Riedl eine große Bedeutung zu und hält eine intensivere Reflexion anstatt einer Überregulierung für dringend notwendig.

Umsetzung von EU-Verordnungen: Förderung von Verringerung der Regularien für alle Akteure

Da derzeit vier europäische Verordnungen in die Umsetzung gelangen, reflektierte Peter Halwachs, Geschäftsführer der LISAVienna, über die Herausforderung der vielen Player – Wissenschaftler, Techniker, Ärzte, Pflegeberufe, Patienten, Statistiker, Politiker und Gesetzgeber – in diesem System. „Die Datenschutzgrundverordnung ist nur eine von vier Verordnungen, die in Kürze zur Umsetzung gelangen. Daneben sind es noch die Clinical Trial Regulation, die Medizinprodukteverordnung und die In-vitro-Diagnostika-Verordnung. Es wird überall mehr Information gefordert und mehr reguliert. Dann wird es aber auch mehr Ressourcen zur Umsetzung brauchen“, forderte Halwachs. Das Ziel solcher Verordnungen sei es, die Patientensicherheit zu verbessern. Bei der Umsetzung solcher Verordnungen müsse

aber auch auf die Bedürfnisse aller Akteure im System geachtet werden – auch auf jene von Industrie und Wissenschaft. „Hier ist man etwas über das Ziel hinausgeschossen und es gilt, die Regularien für alle Akteure zu verringern“, konstatierte Halwachs.

Elektronischen Entwicklungen den Weg ebnen – zum Nutzen der Bevölkerung

Dass mit dem Geld der Versicherten möglichst viel Nutzen gestiftet werden muss, zeigte Mag. Jan Pazourek, Generaldirektor der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK), auf. Die NÖGKK muss dafür auf Basis von Information und Wissen Allokationsentscheidungen treffen. Ohne gute Datengrundlage ist das nur eingeschränkt möglich. „Leider stoßen wir bei unseren diesbezüglichen Bemühungen oft auf Widerstände. Dabei ist interessant festzustellen, dass diese weniger datenschutzsocioziert sind als viel mehr aus der Ablehnung von Erfassungsaufwand und der mangelnden Bereitschaft, strukturierten Einblick in das Tun der betreffenden Institution zuzulassen, resultieren. Österreich ist ein Land mit einer unterentwickelten Transparenzkultur, da steht das Fürchten an erster und die Umsetzung oft nur an zweiter Stelle“, so Mag. Pazourek über Hindernisse im System. Die Scientific Community sei laut dem Experten darüber besorgt, dass die starken Regulierungen die Verfügbarkeit relevanter Daten verringern. Bestimmten elektronischen Entwicklungen müsse der Weg geebnet werden, damit sie für die Bevölkerung einen Nutzen stiften können.

Aufklärung der Bevölkerung

Dr. Johannes Pleiner-Duxneuner, Medical Director bei Roche Austria, wies ebenfalls auf die Wichtigkeit der Generierung und Verarbeitung von Daten hin: „Nur wenn wir eine ausreichende Menge an reliablen Daten zur Verfügung haben, können wir fundierte Analysen und Planungen machen und somit bessere Therapien anbieten. Um mehr klinische Studien machen zu können, braucht es eine gute gesetzliche Umsetzung und Standards für die Datenverarbeitung. Zudem sind mehr Investitionen in Forschung und Entwicklung dafür absolut wesentlich“, erläuterte Dr. Pleiner-Duxneuner die Sicht der Industrie. Zudem thematisierte er, dass die Wichtigkeit von Forschung und Entwicklung in der Bevölkerung noch nicht angekommen sei. „In Österreich gehen die Menschen mit der Speicherung von sensiblen Daten wie Kreditkartendaten und Social-Media-Accounts in der Regel unüberlegt um. Trotzdem fürchten sich Menschen ungemein vor der Speicherung ihrer Gesundheitsdaten, sogar dann, wenn die Daten anonymisiert werden. Daher steht es an erster Stelle, die Bevölkerung aufzuklären, den Dialog anzustoßen und diese ins Boot zu holen – zum Wohle aller Beteiligten“, so Dr. Pleiner-Duxneuner abschließend.





Gesundheitskompetenz

muss man fördern

Portfolio

Es ist längst kein Geheimnis mehr: Je höher die Gesundheitskompetenz eines Menschen ist, umso besser. Denn hohe Gesundheitskompetenz ermöglicht es dem Einzelnen, aus der schier endlosen Menge an Gesundheitsinformationen die für ihn richtigen herauszufiltern. Sie befähigt den Menschen auch, selbstbestimmte, kompetente Entscheidungen zu treffen und beispielsweise die richtige Versorgungseinheit im Gesundheitssystem aufzusuchen, ohne vorher mehrere Instanzen zu durchlaufen. Allerdings entsteht Gesundheitskompetenz nicht über Nacht. Sie muss vielmehr gefördert werden. Welche Wege und mögliche Aktivitäten sich dafür anbieten, wurde bei Gipfelgesprächen in Seitenstetten und Alpbach diskutiert.

Von Dr. Susanne Lang-Vorhofer, Dr. Nedad Memić

PRAEVENIRE 2017, Seitenstetten

Die Ausgangsbasis für die Diskussion in Seitenstetten bildete das vom Gesundheitsministerium definierte Gesundheitsziel Nr.3. Dieses sieht vor, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken. Dazu muss einerseits die Orientierung im Gesundheitssystem vereinfacht werden, indem man der Bevölkerung den Zugang zu leicht verständlicher Information erleichtert. Andererseits ist geplant, die persönlichen Kompetenzen der Menschen zu stärken. Last but not least wird es notwendig sein, Gesundheitskompetenz im Dienstleistungs- und Produktionssektor zu verankern, sagte Gabriele Heinisch-Hosek, Abgeordnete zum Nationalrat und SPÖ-Frauenvorsitzende, in ihrem Eröffnungsstatement.

Gesundheitskompetenz kann man allerdings nicht oktroyieren. Vielmehr, so die Überzeugung von Dr. Eva-Maria Uher, muss man „die Patienten nach ihren eigenen Gesundheitszielen fragen. Man kann ihnen nicht einfach übergeordnete Ziele aufzwingen.“ Dazu müssen soziodemografische Daten berücksichtigt werden sowie der Umstand, dass es mit der Förderung von Gesundheitskompetenz bei der Bevölkerung nicht getan ist. Vielmehr muss es auch wohnortnahe Strukturangebote, z.B. im bewegungs- und ernährungsmedizinischen Kontext geben, mit niederschwelligem finanziellem Zugang und einem individualisierten Coaching für nachhaltige Umsetzung. „Wir müssen die Gesundheitsberufe sensibilisieren, denn es geht auch um die Gesundheitskompetenz der Gesundheitseinrichtungen“, sagte Mag. Kristina Hametner, die in Wien für die Umsetzung der Gesundheitsziele zuständig ist. Auch auf Ebene der Gebietskrankenkasse ist man sich der Problematik bewusst, erklärte Dr. Martina Amler, Direktorin der niederösterreichischen Gebietskrankenkasse: „Gesundheitskompetenz ist als Thema natürlich immer präsent. Wir müssen die Menschen in den Mittelpunkt stellen und ihnen das richtige Handwerkszeug geben, damit sie künftig selbstbestimmte, kompetente Entscheidungen treffen können.“

„Ziel muss es vor allem im Zusammenhang mit der grundsätzlich begrüßenswerten Möglichkeit des freien Zugangs zu allen Versorgungsebenen in Österreich gesehen werden, die aber oftmals dazu führt, dass Patienten mit mangelnder bzw. niedriger Gesundheitskompetenz auf einer zu hochwertigen Versorgungsebene landen. Ziel muss es daher sein, die Menschen durch Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz dazu zu bewegen, die richtige Behandlung in der richtigen Versorgungsstufe in Anspruch zu nehmen. Dazu sollte im Sinne von „Health in all Policies“ ein Bündel an Maßnahmen in allen Politikbereichen (z.B. Bildung, Gesundheit) beitragen. Die Etablierung von Primärvorsorgeeinrichtungen und der Gesundheits hotline 1450 sind gute Beispiele dafür. Auch die Apotheken sollen eine Rolle spielen. „Apotheken sind niederschwellige Einrichtungen. Wir können ganz gezielt und strukturiert Informationen an die Patienten und ihre Angehörigen weitergeben“, sagte Mag. pharm. Monika Aichberger, Vizepräsidentin der Apothekerkammer Oberösterreich.“

Die Teilnehmerinnen einigten sich auf Anregung von Dr. Eva Hötl, Leiterin des Arbeitsmedizinischen Zentrums der Erste Bank, darauf, das Thema Darmgesundheit in den Fokus zu stellen. Dieses kann leicht verständlich aufbereitet und relativ einfach transportiert werden: Es betrifft jeden unabhängig von Alter, Herkunft oder Geschlecht und es gibt nachweislich Auswirkungen auf die Psyche. In einer Follow-up-Diskussion wurde das Thema weiter vertieft. Dabei haben sich die Teilnehmerinnen darauf geeinigt, das Thema zunächst auf die Gesundheit von (Klein-)Kindern zu fokussieren. Geplant sind Treffen mit Expertinnen, Experten und Peers, ehe ein konkretes Projekt in Angriff genommen werden kann.

Gipfelgespräch Schafalm Alpbach 2017

In Alpbach lag der Schwerpunkt auf der Gesundheitskompetenz von Frauen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren sich gleich zu Beginn einig: Es braucht ein „Hard-Fact-Thema“, das man überregional bespielen kann, wie das seit Sommer 2017 mit der Herzgesundheit von Frauen passiert. Was bei Herzgesundheit bereits sehr gut funktioniert, so die Teilnehmerinnen unisono, müsste eigentlich auch bei einem anderen Thema wie z.B. Körperbild oder Sexualität umsetzbar sein. Allerdings – und über diese Einschränkung wurde lange diskutiert – muss das Thema eines sein, das auf dasselbe Verständnis wie Herzgesundheit von Frauen stößt. Zusätzlich muss sich das Thema für alle Altersgruppen eignen, also den gesamten Lebensbogen der Frauen umfassen. Birgit Meinhard-Schiebel, Gemeinderätin und Landtagsabgeordnete Grüne Wien sowie Präsidentin der Interessengemeinschaft pflegende Angehörige, wies darauf hin, dass der Fokus in der öffentlichen Wahrnehmung derzeit auf Frauen im erwerbsfähigen Alter liegt. Alle anderen Altersgruppen werden ausgeblendet.

„Wenn wir das Thema Sexualität angehen wollen, dürfen wir Missbrauch nicht ausblenden“, sagte Univ.-Prof. Dr. Margarethe Hochleitner, an der Medizinischen Universität Innsbruck für Gender Medicine zuständig. Es gibt Frauen, deren Selbstwertgefühl nur sehr schwach ausgeprägt ist und die auch nicht kämpfen können bzw. nicht dazu imstande sind, so Hochleitner: „Das ist eine schwierige Zielgruppe. Frauen müssen sich trauen, ihre Bedürfnisse und Rechte auch in der Medizin einzufordern.“ Zum Thema Sexualität müssen wir per futuro mehr ins Zentrum rücken, dass nach wie vor wenig Wissen über Sexualität besteht und wir dieses Thema auch unter dem Aspekt der Gesundheitskompetenz betrachten müssen. Ein anderes Thema

ist die zunehmende Kommerzialisierung des Körpers. Wie zum Beispiel ein schöner Körper als Marktplatz der ästhetischen Chirurgie sowie der immer ausufernderen Marktplatz der Kinder(er)zeugung. Univ.-Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger merkte an: „Der schöne Schein hat gewonnen, nicht die Individualität der Frau. Das Körperbild junger Mädchen wird immer negativer.“ Im Zusammenhang mit dem Körperbild und dem damit verbundenen oft niedrigen Selbstwertgefühl kann sich Wimmer-Puchinger gemeinsame Schulungen mit den Apotheken vorstellen, speziell im Hinblick auf die verschiedenen Mittel, die bei der Gewichtsabnahme helfen sollen.

Kontrovers diskutiert wurde in diesem Zusammenhang die „Pille danach“. Während Wimmer-Puchinger der Meinung war, dass das Präparat noch zu wenig bekannt sei, hielten die übrigen Teilnehmerinnen dagegen. „In den Apotheken ist die Nachfrage für die ‚Pille danach‘ vor allem in Nacht- und Wochenenddiensten zu verzeichnen. Apothekerinnen und Apotheker informieren über die richtige Einnahme sowie eventuelle Nebenwirkungen. Der verantwortungsvolle Umgang mit diesem Medikament und die Information darüber sind bei uns in der Apotheke der gelebte Alltag“, sagte Mag. pharm. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr, Präsidentin der Österreichischen Apothekerkammer.

Am Ende der lebhaften Diskussion steht der Wille, gemeinsam etwas für die Frauen in Österreich zu bewegen. „Empowerment“ lautet ein Stichwort, das immer wieder fällt. Und auch ein Slogan ist am Ende geboren: „Ich kenn' mich aus.“



Sicherung der Finanzierbarkeit innovativer Therapien im intramuralen Bereich

Die Verfügbarkeit innovativer Therapien nimmt stark zu – besonders im Bereich der Onkologie, wo die meisten dieser Therapien ihren Schwerpunkt haben. Renommierte Wissenschaftler haben daher die globale Forderung eines Grundsatzes in der Onkologie definiert, wonach „das Allerbeste zuerst“ angewandt werden soll. Für Betroffene als auch Gesundheitssystem soll dadurch die beste und kosteneffizienteste Therapie ermöglicht werden. Das stellt Institutionen wie Krankenanstalten oder Sozialversicherungen laufend vor neue Herausforderungen. Ob sich die absehbare Kostensteigerung mit dem gedämpften Ausgabenkurs der 15A-Vereinbarung verträgt und welche kreativen Lösungsansätze es zu entwickeln gilt, war Thema eines weiteren Gipfelgesprächs am Rande des PRAEVENIRE-Gesundheitsforums Seitenstetten.

Von Dr. Nedad Memić & Maximilian Kunz, MAS, MBA



Daniel Aletaha

Innovative Therapien sind essenziell, um alternative, besser wirksame und/oder sicherere Behandlungen von Patienten mit chronischen Erkrankungen zu ermöglichen. Abseits von ihrem medizinischen Nutzen, liefern Wirksamkeit und fehlende Wirksamkeit innovativer Therapien in verschiedenen Fällen auch Hinweise auf die pathogenetischen Besonderheiten einzelner chronisch-entzündlicher Erkrankungen. Wahrscheinlich ist kein Finanzierungsmodell perfekt und die reine „Ergebnisorientierung“, vor allem im Vergleich zu althergebrachten Therapien, wahrscheinlich zu oberflächlich, da innovative Therapien meist bei den schwierigeren oder refraktären Patienten eingesetzt werden. Damit bei limitierten Ressourcen möglichst viele Patienten von innovativen Therapien profitieren können, wäre es sinnvoll, den Zugang zu diesen Therapien weiter zu öffnen und im Gegenzug die Indikation zur fortgesetzten (Langzeit-)Therapie periodisch zu überprüfen.



Günther Fellhofer

Man muss transparente Modelle für die Finanzierung innovativer Therapien finden. Pay-for-Performance-Modelle haben den großen Vorteil, dass sie den Referenzpreis nicht beeinflussen. Beim Kauf von Produkten aus anderen Bereichen gibt es eine Haftung: Ist das Produkt mangelhaft, bekommt man den Kaufpreis zurück. Bei Medikamenten bieten Pay-for-Performance-Modelle eine faire Möglichkeit, bei Therapieversagen das Risiko im Sinne eines Cost-Sharing-Ansatzes zwischen Anwendern und Herstellern aufzuteilen.



Gunda Gittler

Wir brauchen eine Ehrlichkeit in der Finanzierung dieses Systems, die momentan durch die Säulenfinanzierung mit Verschiebung der Kosten nicht gegeben ist. Mit Risk-Sharing-Modellen arbeiten wir – sie sind die einzige Möglichkeit, für eine sehr teure Therapie wenigstens eine geringe Kostenreduktion zu erreichen. Die Barmherzigen Brüder als Träger vieler Krankenhäuser in verschiedenen Bundesländern sind angehalten, günstiger zu arbeiten als die öffentliche Hand.



Gernot Idinger

Für mich ist es sehr wichtig, mit der Industrie auf Augenhöhe zu diskutieren. Bei den neuen innovativen Therapien sind Cost-and-Risk-Sharing-Modelle das Wichtigste, was uns in Zukunft erwartet. Die herkömmlichen Verhandlungsmodelle sind bei diesen patentgeschützten Arzneimitteln nicht zielführend. Man muss nicht nur gemeinsam mit der Industrie neue Wege beschreiten, sondern auch mit den Ärzten, die diese Modelle mittragen sollen.



Martina Jeske

Für definierte hochpreisige und spezialisierte Medikamente wäre es wichtig, gemeinsam Indikationsstellungen, Behandlungspfade und gemeinsame Finanzierungsmodelle zu entwickeln, insbesondere auch wenn es um die Schnittstelle intramural und extramural geht. Ziel sollte es sein, hier möglichst bald konkrete Pilotprojekte umzusetzen.



Ines Vancata

Das Thema Finanzierung und die damit einhergehenden Herausforderungen, gerade bei innovativen Therapien, sind sehr wichtig. Zudem ist die bestehende duale Finanzierung nicht für jedes Produkt und somit für dessen Verfügbarkeit für Patienten ein Vorteil. Oftmals halten auch etablierte Vorgehensweisen für Erstattung und Zugang wie zum Beispiel die LKF-Bepunktung mit dem Tempo der Innovationen nicht Schritt. Man ist hier gefordert, sinnvolle und kreative Lösungen sowie innovative Preismodelle anzubieten. Performance-Modelle sind ein Schritt in die richtige Zukunft. Es ist eine Verpflichtung und ein Beitrag von Firmen, die an ihre Produkte glauben, sich aber auch der ökonomischen Realitäten bewusst sind. Man muss hier einen klaren Schritt setzen und sagen: Produkte, die nicht den Erwartungshaltungen entsprechen und die Performance nicht liefern, werden nicht den vollen Preis kosten. Doch wie soll nun diese Performance gemessen werden? Anhand welcher Parameter? Es fehlen uns hier oft ein gemeinsames Verständnis und eine gemeinsame Beurteilung. Zudem müssen die Themen Datenschutz, Transparenz und Compliance hervorgehoben werden. Überall dort, wo Geld hinfließt, muss auch volle Transparenz herrschen. Doch es ist notwendig, hier die ersten gemeinsamen Schritte zu setzen und den Versuch zu wagen, neue Wege zu gehen. Wir überlegen uns hier laufend Modelle, sind schon sehr weit vorangekommen und wollen sie nun im Bereich Onkologie vorstellen. Das ist unser Commitment, um Kosten und Risiko zu teilen, finanzierbaren Zugang zu Innovation zu ermöglichen und Lösungen im Sinne der Patienten zu schaffen.



Zitierte Teilnehmer

(in alphabetischer Reihenfolge)

Priv.-Doz. Dr. Daniel ALETAHA
Oberarzt, Universitätsklinik für Innere
Medizin III, MedUni Wien

Mag. pharm. Günther FELLHOFER
Leiter der Landesapothek, St. Johanns
Spital Salzburg

Mag. Gunda GITTNER
Apothekenleiterin, Apotheke Barmherzige
Brüder Linz

Mag. Gernot IDINGER
Leiter der Anstaltsapothek, Landeskrankenhaus Steyr

Mag. Martina JESKE, MSc
Leiterin der Anstaltsapothek, Landeskrankenhaus Innsbruck

Dr. Ines VANCATA
Market Access Director, Roche Austria



JETZT NEU:

Das PERISKOP geht an Meinungsbildner in den Medien

Das PERISKOP erreicht seit dieser Ausgabe neben den schon bisher angesprochenen Stakeholdern aus der österreichischen Gesundheits- und Sozialpolitik nun zusätzlich auch rund 1.000 ausgewählte Journalisten aus der Gesundheit. Ziel ist es, Bewusstsein zu schaffen und qualitätsvolle Mehrinformation unter Österreichs Meinungsbildnern zu verteilen.

Das PERISKOP richtet seit 1999 einen gehaltvollen Rundblick auf die Bereiche Gesundheit, Gesellschaft und Politik. Das Printmedium versorgt seine Leserschaft im Zwei-Monats-Takt mit fundierten Hintergrundinformationen, spannenden Interviews und wichtigen Erkenntnissen zu aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen. Für Fachleute aus Politik und Medizin, Krankenhasträger und Patientenvertreter ist das PERISKOP längst eine unverlässliche Informationsquelle zum gegenseitigen Austausch von Standpunkten.

„Journalisten sind der Öffentlichkeit und der Wahrheit verpflichtet und erfüllen damit eine wichtige Informations- und Kontrollfunktion. Daher liegt es zu einem großen Teil an ihnen, in der Bevölkerung die Awareness für das Thema Gesundheit und Prävention zu steigern“, so der PERISKOP-Chefredakteur Robert Riedl.

Mit dieser Ausgabe wird das Magazin erstmalig auch an 1.000 österreichische Journalisten aus dem Ressort Gesundheit verschickt. Zur Vermittlung von Gesundheitskompetenz erreicht das PERISKOP damit eine noch größere Zielgruppe an Meinungsbildnern. Hanns Kratzer, Herausgeber des PERISKOP, führt dazu aus: „Journalismus leistet Orientierung in der hochkomplexen Welt des Gesundheitswesens. Die rund 1.000 Gesundheitsjournalisten, die nun zusätzlich regelmäßig und persönlich das PERISKOP erhalten, können ab sofort mit jeder Ausgabe auf gut aufbereitete Informationen in verlässlicher Qualität zurückgreifen.“

Eine der essenziellen Aufgaben von Journalisten ist es, Informationen publikumsgerecht zu vermitteln. Und gerade bei einem so wichtigen Thema wie Gesundheit bedarf es einer aufgeschlossenen und verantwortungsbewussten Haltung jedes einzelnen Journalisten. Themenspezifischem Wissen kommt eine besondere Rolle zu. Denn für glaubwürdigen Journalismus ist dieses unerlässlich. So möchte das PERISKOP Journalisten für gesellschaftlich relevante Themen in erster Linie sensibilisieren. Mit

Dr. Helmut Brandstätter

Chefredakteur und Herausgeber des KURIER

Die KURIER-Gesundheitsinitiative greift seit über zwei Jahren unterschiedliche Gesundheitsthemen mit einer starken Präsenz in der Tageszeitung auf, mit dem Ziel, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken. Das PERISKOP, als neutrale Plattform zum offenen Meinungsaustausch, ermöglicht den im Gesundheitsbereich tätigen Journalisten einen zusätzlichen Einblick zu aktuellen Themen, Standpunkten und Dialogen.



Wolfgang Wagner

Leitender Redakteur Chronik, APA

Mehr Information ist immer besser als weniger. Das trifft speziell auf den Themenkreis Medizin, Gesundheit und Gesundheitspolitik zu. Wer mehr weiß, kann besser den „Nebel“ zerteilen, der von Agierenden oft verbreitet wird. Das wird für Journalisten immer wichtiger.



Nicole Kolisch

Chefredakteurin von netdoktor.at

Die moderne Medizin spricht gerne vom „mündigen Patienten“, dem verantwortungsbewussten, aufgeklärten „Sparringspartner“ des Arztes. Doch wer mündige Patienten will, muss ihnen Information zur Verfügung stellen, auf deren Basis sie informierte Entscheidungen treffen können. Gerade in einer Zeit der zunehmenden Wissenschaftskepsis, befeuert durch eine Flut an Falschinformationen und Halbwahrheiten, die für den Laien oftmals schwer überprüfbar sind, braucht es Journalistinnen und Journalisten, die Bullshit und Beweislage klar unterscheiden können. Informierte Journalisten schaffen informierte Leser. Und damit auch informierte Patienten.



Ernst Mauritz

Redakteur der Tageszeitung KURIER und stellvertretender Ressortleiter des Ressorts Lebensart mit dem Schwerpunkt Gesundheit

Den Redakteuren im KURIER ist eine umfassende Gesundheitsberichterstattung wichtig, die objektiv und ausgewogen alle Aspekte eines Themas beleuchtet. Leitschnur ist dabei immer das KURIER-Redakteursstatut, wonach sich die Redaktion von allen direkten und indirekten Einflüssen von Interessengruppen freihält.



Krankenhauspharmazie fit für morgen?

Auf Einladung der Österreichischen Gesellschaft für Krankenhauspharmazie und der Arbeitsgemeinschaft österreichischer Krankenhausapotheker hielten Österreichs Führungskräfte in der Krankenhauspharmazie vom 17. bis 19. Jänner einen Strategieworkshop in Bad Aussee. Im Mittelpunkt der dreitägigen Fortbildungsveranstaltung standen Herausforderungen der Zukunft und eine bessere Positionierung der Krankenhauspharmazie im österreichischen Gesundheitssystem. Das Ergebnis des Strategieworkshops waren ein Mission Statement der Krankenhauspharmazie sowie ihrer vier Säulen: strategischer Einkauf, Logistik, Produktion und Klinische Pharmazie.

Von PERISKOP-Redaktion

Mission Statement der Krankenhauspharmazie

Im Zeitalter der Digitalisierung sind wir Krankenhausapotheker der Garant für die optimale Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS). Durch unsere umfassende Expertise zum Arzneimittelmanagement wir auf Basis der vier Säulen der Krankenhauspharmazie den Prozess der Versorgung mit Medikamenten im Krankenhaus.

1. Strategischer Einkauf

- Expertise und Kompetenz des Krankenhausapothekers garantieren einen bedarfsorientierten, hochwertigen und ökonomischen Arzneimitteleinkauf im Sinne der Versorgungs- und Patientensicherheit.
- Arzneimitteleinkauf braucht somit die umfassende Fachexpertise des Pharmazeuten.

2. Logistik

- Wir sorgen dafür, dass das richtige Medikament, in der richtigen Dosierung, in der richtigen Qualität, rechtzeitig beim richtigen Patienten ankommt.
- Wir kombinieren Geschwindigkeit und Flexibilität in der Arzneimittelversorgung. Auch bei Notfällen.

3. Produktion

- Für Frühgeborene, geriatrische Patienten und Risikopatienten stellen wir in der Krankenhausapothekentherapie zeitnah maßgeschneiderte Arzneimittel her, die nicht am Markt verfügbar sind.
- Wir bieten personalisierte Arzneimittelversorgung mit entsprechenden Produktionsmöglichkeiten im Krankenhaus.

4. Klinische Pharmazie

- Die zunehmende Vielfalt der medikamentösen Therapie ist nur mit der Unterstützung der Krankenhausapotheker beherrschbar.
- Unser Ziel ist es, dass die Patienten so viele Medikamente wie notwendig und so wenige Medikamente wie möglich erhalten.



Innovation Zukunft

Die klinischen Pharmazeuten sichern die kontinuierliche Beratung der Ärzte und der Pflege für einen optimalen Medikamenteneinsatz beim Patienten.

Zur kontinuierlichen Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit vernetzen wir Krankenhausmanagement, Ärzte und Pflege zur Sicherheit des Patienten. Ausbildung, Weiterbildung, Wissensaustausch und wissenschaftliches Arbeiten bilden das Fundament unserer Kompetenz. Krankenhausapotheker unterstützen aktiv die Gestaltung des Krankenhauses der Zukunft.

Teilnehmer (in alphabetischer Reihenfolge)

- Mag. Marion **ALT** | KH Oberwart
- Mag. Martina **ANDITSCH** | AKH Wien
- Mag. Hermine **BINDER** | UK St. Pölten
- Mag. Günter **FELLHOFFER** | Landesapothek Salzburg
- Mag. Vera **FIDLER** | UK Krems
- Mag. Sandra **FREIMANN-PIRCHER** | Rudolfstiftung
- Dr. Ingrid **FRIEDL** | LKH Graz-Süd West
- Mag. Josefine **FUGGER**
- Mag. Gunda **GITTLER** | BH Brüder Linz
- Mag. Günther **GRANINGER** | LKH Feldkirch
- Mag. Gerhard **HACKL**
- Dr. Doris **HAIDER** | Kaiser Franz Josef Spital
- Dr. Wolfgang **IBROM** | Ordensklinikum Elisabethinen Linz
- Mag. Gernot **IDINGER** | LKH Steyr
- Mag. Susanne **JANOWITZ** | KH Hietzing NZ Rosenhügel
- Mag. Martina **JESKE** | UK Innsbruck
- Mag. Karin **KIRCHDORFER** | Hanusch Krankenhaus
- Mag. Elisabeth **KUC** | BH Schwestern Ried
- Dr. Thomas **LANGEBNER** | BH Schwestern Linz
- Dr. Elisabeth **MESSINGER** | BH Brüder Wien
- Mag. Christine **MÜLLER** | Otto Wagner Spital
- Dr. Karin **NEMEC** | SMZ-OST
- Mag. Alice **POIER** | BH Brüder Graz
- Mag. Hannes **PREGESBAUER** | KAV Projekt KH Nord
- Mag. Petra **RIEGLER** | BH Brüder Eisenstadt
- Mag. Bernd **SCHNEIDER** | Kardinal Schwarzenberg Klinikum
- Mag. Gabriele **SCHRAMMEL** | LK Wr. Neustadt
- Mag. Thomas **SCHWEIGER** | LK Horn-Allensteig
- Mag. Andreas **SEIRINGER** | LKH Vöcklabruck
- Dr. Michaela **TISCHLER** | LKH Bad Ischl
- Mag. Andreas **WACHTER** | LKH Villach
- Dr. Alexander **WEIGL** | Kepler UK Campus III
- Dr. Martin **WOLKERSDORFER** | Landesapothek Salzburg
- Mag. Claudia **WUNDER** | UK St. Pölten

Mission Statement der Gruppe

Strategischer Einkauf

Durch ihr Wissen über die verschiedenen Anbieter sowie über die Therapiealternativen können die Krankenhausapotheker bei Arzneimittel-Lieferengpässen die Versorgung sicherstellen.

Innovative Hochpreisarzneimittel brauchen Strategie im Arzneimitteleinkauf: Cost- und Risk-Sharing-Modelle werden durch Krankenhausapotheker etabliert.

Der Krankenhausapotheker kennt Nutzen und Risiken der Arzneitherapie. Gemeinsam mit den Ärzten unterstützen Krankenhausapotheker die Arzneimittelversorgung. Als Berater trennen sie echte von Scheininnovationen und ermöglichen damit eine sichere und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie.

Zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit muss nicht nur der Preis, sondern auch die Gesamtkosten eines Arzneimittels (Medizinprodukts) berücksichtigt werden. Diese inkludieren die Prozesskosten und Zusatzkosten (z. B. Serumspiegelbestimmungen, Nebenwirkungen).

Der Krankenhausapotheker kann Arzneimitteltherapiekosten aus der Perspektive des Krankenhauses anderen Therapieoptionen gegenüberstellen. **Nur wenn der Krankenhausapotheker für den Arzneimitteleinkauf zuständig ist, können die Beschlüsse der Arzneimittelkommission (AMK) optimal in Einkaufsentscheidungen umgesetzt werden.** Die durch das



Mag. Vera Fidler



Mag. Günter Fellhofer



Mag. Gernot Idinger

Gruppe „Strategischer Einkauf“

Vorsitzende:

Mag. Günter **FELLHOFER**
Landesapotheke Salzburg
Mag. Gerhard **HACKL**

Mitglieder:

Mag. Vera **FIDLER**
UK Krenns
Dr. Ingrid **FRIEDL**
LKH Graz-Stid West
Mag. Gunda **GITTLER**
BH Brüder Linz
Mag. Günther **GRANINGER**
LKH Feldkirch
Mag. Gernot **IDINGER**
LKH Steyr
Mag. Martina **JESKE**
UK Innsbruck
Mag. Andreas **SEIRINGER**
LKH Vöcklabruck

Krankenanstaltengesetz festgelegte AMK erarbeitet eine Arzneimittelliste, die sich aufgrund der Volatilität des Pharmamarktes laufend ändert. Da die Krankenhausapotheke eng mit der AMK verknüpft ist, wird somit eine Arzneimittelauswahl nach fachlichen und wirtschaftlichen Kriterien unter Einbeziehung der Arzneimitteltherapiesicherheit gewährleistet.

Mission Statement der Gruppe

Produktion

Die Produktion im Krankenhaus stellt höchste Ansprüche an die Qualität der Zubereitung. Entsprechend ausgestattete Räumlichkeiten, geschulte Mitarbeiter und eine nachvollziehbare Dokumentation garantieren individuell hergestellte Produkte, die für die Therapie der Patientinnen und Patienten unverzichtbar sind. **Damit werden Markt- und Versorgungslücken durch nicht (mehr) im Handel erhältliche Arzneyspezialitäten geschlossen und eine patientenindividuelle Arzneimitteltherapie ermöglicht.**

Für viele schwere Erkrankungen im Kindesalter gibt es keine passenden Medikamente auf dem Arzneimittelmarkt. Daher ist für die Versorgung einer Kinderklinik/Station die Eigenherstellung essentiell.

Falls Lieferengpässe und Versorgungslücken nicht durch Importe aus dem Ausland kompensiert werden können, bleibt die Produktion in den Krankenhausapotheken die einzige Möglichkeit, die Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

In Krankenhäusern werden neue Therapiemethoden in klinischen Studien erprobt. Für diese Forschung ist die Herstellung klinischer Prüfpräparate in der Krankenhausapotheke unabdingbar.

Für jeden Krebspatienten muss eine maßgeschneiderte Therapie zubereitet werden. Moderne Onkologika sind darüber hinaus extrem teure Medikamente. Durch die zentrale Zubereitung in Krankenhausapotheken können Restmengen weiterverwendet und so beträchtliche Medikamentenkosten eingespart werden.

In vielen Krankenhausapotheken werden für das Pflegepersonal Fertigarzneimittel so vorbereitet, dass diese rasch dem Patienten appliziert werden können. Durch diese Herstellung von Arzneimitteln kommt es zu einer Arbeitsentlastung des Pflegepersonals und zu einer Erhöhung der Patientensicherheit.



Mag. Karin Kirchdorfer



Dr. Martin Wolkersdorfer



Dr. Michaela Tischler

Gruppe „Produktion“

Vorsitzende:

Dr. Michaela **TISCHLER**
Salzkammergutklinikum Bad Ischl
Dr. Martin **WOLKERSDORFER**
Landesapotheke Salzburg

Mitglieder:

Mag. Martina **ANDITSCH**
AKH Wien
Mag. Sandra **FREIMANN-PIRCHER**
Krankenanstalt Rudolfstiftung
Dr. Wolfgang **IBROM**
Ordensklinikum Elisabethinen Linz
Mag. Karin **KIRCHDORFER**
Hanusch Krankenhaus
Dr. Karin **NEMEC**
SMZ Ost
Mag. Bernd **SCHNEIDER**
Kardinal Schwarzenberg Klinikum
Dr. Alexander **WEIGL**
Kepler UK Campus III



Mission Statement der Gruppe

Logistik

Eine Krankenhausapotheke ist mehr als ein Logistikbetrieb. Die Patienten erhalten nicht nur das richtige Arzneimittel in der richtigen Stärke und Darreichungsform zum richtigen Zeitpunkt, sondern die Arzneimittellogistik ist auch in ein Gesamtpaket aus Fachwissen und Beratung eingebettet. Das macht sie flexibel, patientenorientiert und sicher. Der Krankenhausapotheker kann auf Situationen rasch reagieren und Alternativen anbieten.

Lieferengpässe bei Arzneimitteln wie Antibiotika oder Zytostatika stellen Krankenhäuser vor Herausforderungen und gefährden die Versorgung. **Krankenhausapotheker können durch Beschaffung von Alternativpräparaten und Beratung von Ärzten und Pflegefachkräften die Auswirkungen von Lieferengpässen minimieren.** Falsche Lager- und Trans-

portbedingungen können Arzneimittel beschädigen oder unwirksam machen. Deshalb arbeiten Krankenhausapotheker nach den EU-Regeln der Good Distribution Practice (GDP). Durch die Schaffung sachgerechter Lager- und Transportbedingungen garantieren wir, dass die Arzneimittel unsere Patienten in bester Qualität erreichen.

Im Krankenhaus müssen zahlreiche – auch hochpreisige Arzneimittel – vorrätig gehalten werden. Krankenhausapotheker stellen eine bedarfsgerechte und kostengünstige Lagerhaltung durch Kenntnis des Behandlungsprozesses und ein fachgerechtes Retourenmanagement sicher. Außerdem ergänzen sie die Arzneimittellogistik durch



Mag. Alice Poier



Mag. Claudia Wunder



Mag. Susanne Janowitz

Gruppe „Logistik“

Vorsitzende:

Mag. Hermine **BINDER**
UK St. Pölten
Mag. Claudia **WUNDER**, MBA
UK St. Pölten

Mitglieder:

Mag. Susanne **JANOWITZ**
KH Hietzing NZ Rosenhügel
Dr. Thomas **LANGEBNER**, MBA
BH Schwestern Linz
Mag. Christine **MÜLLER**, MBA
Otto-Wagner-Spital
Mag. Alice **POIER**
BH Brüder Graz
Mag. Hannes **PREGESBAUER**, MSc
KAV-Projekt KH Nord
Mag. Thomas **SCHWEIGER**
LK Horn-Allentsteig

Mitarbeit in Fachgremien und Kommissionen, wodurch eine sichere und ökonomische Arzneimittelversorgung ohne Gewinnorientierung gewährleistet ist.

Mission Statement der Gruppe

Klinische Pharmazie

Krankenhausapotheker optimieren die Arzneimitteltherapie in interdisziplinärer Zusammenarbeit – von der Anamnese über die Therapie bis hin zur Entlassungsberatung.

Das Fachwissen der Klinischen Pharmazeuten in den Bereichen Pharmakodynamik und Pharmakokinetik unterstützt den Arzt im Rahmen der ärztlichen Verschreibung und sichert den Therapieerfolg für den Patienten.

Das große Angebot an Arzneimitteln und OTC-Präparaten sowie die Selbstmedikation der Patienten erschweren das Wechselwirkungs- und Nebenwirkungsmanagement. Bei Dauerverordnung von mehr als sechs Wirkstoffen (Polypharmazie) wird ein stan-

dardisiertes Medikationsmanagement durch einen Klinischen Pharmazeuten empfohlen.

Das Zusammenspiel von Medizin und Klinischer Pharmazie fördert den effizienten Arzneimitteleinsatz. Durch das Neben- und Wechselwirkungsmanagement werden unnötige Medikamentenausgaben und Folgekosten durch Wiederaufnahmen ins Krankenhaus vermieden, sodass die eingesparten Geldmittel für innovative Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Individualisierte Arzneimitteltherapie – Stichwort Pharmakogenetik – ist keine Science-Fiction mehr. Es gibt erhebliche Unterschiede bei den Organfunktionen, die im Körper den Abbau und die Ausscheidung von

Arzneistoffen verantworten. Diese genetischen Unterschiede erfordern eine individuelle Medikamentenauswahl und Dosierungsanpassungen, um treffsicher zu einer wirksamen und sicheren Behandlung zu kommen. Im Rahmen des sogenannten **Entlassungsmanagements** erhöhen Klinische Pharmazeuten die Arzneimittelsicherheit durch Aufklärung des Patienten vor der Entlassung aus dem Krankenhaus und steigern damit die Therapietreue.



Mag. Petra Riegler



Mag. Andreas Wachter



Mag. Martina Anditsch

Gruppe „Klinische Pharmazie“

Vorsitzende:

Mag. Martina **ANDITSCH**
AKH Wien
Dr. Doris **HAIDER**
Kaiser Franz Josef Spital
Mag. Martina **JESKE**
UK Innsbruck
Mag. Andreas **WACHTER**
LKH Villach

Mitglieder:

Mag. Marion **ALT**
KH Oberwart
Mag. Josefine **FUGGER**
Mag. Elisabeth **KUC**
BH Schwestern Ried
Dr. Elisabeth **MESSINGER**
BH Brüder Wien
Mag. Alice **POIER**
BH Brüder Graz
Mag. Petra **RIEGLER**
BH Brüder Eisenstadt
Mag. Gabriele **SCHRAMMEL**
LK Wr. Neustadt



**EINLAUF ZUM
LANGEN
TAG** DES
DARMS

9. Juni
2018

10:00–17:00 Uhr

MuseumsQuartier Wien 
Ovalhalle & Arena21

abbvie 

Institut
AllergoSan

janssen 


KRANKENHAUS
BARMHERZIGE
SCHWESTERN
Wien

 MSD

 NORGINE

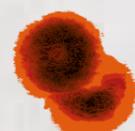
 Pfizer

 Takeda

 Yakult

 Leb und Leben

periskop

 darm⁺
CED-Initiative Österreich