

PERISKOP

90

DEZ 2019

Standpunkte.
Dialog.
Konsens.

Die neutrale
Plattform
zum offenen
Meinungs-
austausch.

PRAEVENIRE Gemeinsames Commitment

Prof. Dr. Robin Rumler

vfwf-Diskussion

Wie kommt der richtige
Patient ins richtige
Krankenhaus?

Şchulärzte in Österreich

Ungeschliffener
Juwel oder aus-
laufendes Modell?

Mission Completed

Interview mit Dr. Alexander Biach



4

Mission Completed

Im PERISKOP-Interview zieht der scheidende Verbandsvorsitzende im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Dr. Alexander Biach, Bilanz über seine fast dreijährige Amtszeit im höchsten Gremium des österreichischen Sozialversicherungssystems.

- 4 **Alexander Biach:** Mission Completed
- 6 **PERISKOPINION Leader:** Big Data-Experte Reinhard Riedl im Gespräch mit Onkologie-Spezialist Richard Greil
- 9 **Sylvia-Carolina Sperandio:** Unterschiede zwischen ziviler und Militärischer Gesundheitsversorgung

Impressum

- Medieninhaber** Welldone Werbung und PR GmbH
Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien
Tel. 01/402 13 41-0, Fax: DW-18, E-Mail: redaktion@periskop.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: redaktion@periskop.at
- Chefredakteur** Robert Riedl
- Autorinnen und Autoren** Mag. Klaudia Aka-Besler, MBA, Rainald Edel, MBA, Mag. Dren Elezi, MA, Mag. Petra Hafner, Martina Hagspiel, Dr. Nedad Memić, Mag. Ferenc Papp, Mag. Sabine Primes, Mag. Alfred Riedl, Dr. Rainer Riedl, Dr. Klaus Schuster
- Foto Cover** Peter Provaznik
- Design** Katharina Harringer, Gerfried Grünke
- Lektorat** Mag. Sylvia Schlacher, Birgit Maria Pfaffinger, BA
- Druck** Druckerei Ferdinand Berger & Söhne GmbH
- Auflage** 6.000 | Erscheinungsweise: 6x jährlich | Einzelpreis: Euro 30,00

DIE ZEITSCHRIFT UND ALLE DARIN ENTHALTENEN BEITRÄGE UND ABILDUNGEN SIND URHEBERRECHTLICH GESCHÜTZT. NAMENTLICH GEKENNZEICHNETE ARTIKEL GEBEN DIE MEINUNG DER AUTORIN ODER DES AUTORS UND NICHT DER REDAKTION WIEDER. BLATTLINIE: INFORMATIONEN AUS DEM GESUNDHEITS-, PHARMA- UND WELLNESSBEREICH SOWIE AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK.



10

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Kiel/Lübeck eröffnet

Der Krankenhausdienstleister VAMED eröffnete im August und November zwei neue, topmoderne Zentralkliniken in Kiel und Lübeck und setzt damit im Krankenhausbau neue Maßstäbe. Bis 2021 soll an diesen Standorten das Universitätsklinikum der Zukunft entstehen.

- 10 **Universitätsklinikum** Schleswig-Holstein in Kiel/Lübeck eröffnet
- 12 **PRAEVENIRE** Gesundheitstage 2019: **Strategiefindung Digital Health in Österreich**
- 14 **Robin Rumler:** **Gemeinsames Commitment für mehr Gesundheitsbewusstsein**
- 16 **Kolumne »Kurvenkratzer«** von Martina Hagspiel
- 16 **Kolumne »Primärziel Gesundheit«** von Klaus Schuster



17

Gesundheitsförderung beginnt bereits im Kindesalter

Bei den 4. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten widmete sich Katharina Obrovsky, BEd, Lehrerin in der Volksschule Cottagegasse Wien Währing, im Rahmen des Blocks 4 „Gesundheitskompetenz & Prävention“ dem Thema der Gesundheitsprävention bei Kindern.

- 17 **PRAEVENIRE** Gesundheitstage 2019: **Gesundheitsförderung beginnt bereits im Kindesalter**
- 18 **Lückenlose Krankheitsdokumentation** mit dem Onkologie-Informationen-System
- 20 **Round Table:** Seltene Erkrankung „Phosphatdiabetes“ im Fokus
- 22 **Kolumne »360°Blick«** von Rainer Riedl
- 22 **Kolumne »Gemein(d)sam«** von Alfred Riedl

© PETER PROVAZNIK (2), UKSH.DE



24

Out of the Box #4: Wissenschaft und Vulnerabilität

Zum bereits vierten Mal fand im November 2019 die von Dr. Elham Pedram, MBA, Business Unit Director bei Gilead Sciences, sehr erfolgreich initiierte Veranstaltung „Out of the Box“ statt. Auch in diesem Jahr nahmen hochkarätige Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Medizin, Wissenschaft und Wirtschaft teil und inspirierten die zahlreichen Anwesenden zum Querdenken.

- 23 **vfwf Podiumsdiskussion:** Wie kommt der richtige Patient ins richtige Krankenhaus?
- 24 **Out of the Box #4:** Wissenschaft und Vulnerabilität
- 26 **60. Welldone Lounge:** S. F. S. Progress
- 30 **Kamingespräch Market Access Lehrgang: Know-how ist unverzichtbar**
- 31 **Buchvorstellung:** Pflegefall? Nein, danke! Mit der Patientenverfügung selbst entscheiden
- 31 **Symposium: 3. Wiener Notarzttage**



35

Alles ändert sich, nur das Krankenhaus nicht

Der Verband der leitenden Krankenhausärzte Österreichs (VLKÖ) veranstaltete Anfang November einen Special Interest-Talk zum Thema „Alles ändert sich, nur das Krankenhaus nicht“ und befasste sich mit der zunehmenden Ökonomisierung der Medizin bzw. machte dabei auch einen Blick in die Zukunft.

- 32 **Großes Ehrenzeichen** an Pfizer Geschäftsführer **Robin Rumler**
- 33 **Personalisierte Medizin im 21. Jahrhundert:** Was können wir erwarten?
- 35 **Special Interest-Talk:** Alles ändert sich, nur das Krankenhaus nicht
- 36 **Podiumsdiskussion: Qualitätssicherung ist Patientensicherheit**
- 37 **Schulärzte:** Ungeschliffener Juwel oder Auslaufmodell?

© FELICITAS MATEIN, ANDREA HÖGLINGER-MÄGERL/DIE FOTOGRAU, PETER PROVAZNIK (2)



40

6. Pöndorfer Country Charity Challenge 2019: 42.833 Euro gespendet!

Seit bereits sechs Jahren unterstützt der Verein „Subvenire“ Institutionen und Vereine, deren Engagement direkt bei hilfsbedürftigen Menschen ankommt. Beim Abschluss der diesjährigen Spendeninitiative am 29. Juni kam der Erlös von über 42.000 Euro vier Projekten und einer ortsansässigen Familie zugute.

- 38 **PRAEVENIRE** Gesundheitstage 2019: **Grenzen der Digitalisierung**
- 40 **6. Pöndorfer Country Charity Challenge 2019:** 42.833 Euro gespendet!
- 43 **Kolumne »Welldone«:** Bessere Aufmerksamkeit bei Print-Publikationen
- 43 **Kolumne »#Pharmabook«** von Ferenc Papp



44

Onkologische Versorgung im Wandel

Vor welchen Herausforderungen steht das Gesundheitssystem durch neue Krebstherapien und wie kann die Effektivität neuer Medikamente beurteilt werden? Beim 12. Regionalen PRAEVENIRE Gipfelgespräch im Servitenviertel reflektierte Mitte November eine hochkarätige Expertenrunde die onkologische Versorgung am Beispiel der Stadt Wien.

- 44 **Onkologische Versorgung im Wandel:** 12. Regionales PRAEVENIRE Gipfelgespräch
- 46 **PRAEVENIRE** Gesundheitstage 2019: **Ausbildung für die Zukunft**
- 48 **PRAEVENIRE** Gesundheitstage 2019: **Anforderungen an ein Gesundheitssystem**
- 50 **Initiative Wund?Gesund!:** Rückblick auf ein erfolgreiches Jahr 2019

Mission Completed



Das Vertrauen in die Sozialversicherung zu erhalten, aber gleichzeitig das System zu reformieren, war eine große Herausforderung. Im PERISKOP-Interview zieht der scheidende Verbandsvorsitzende im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, **DR. ALEXANDER BIACH**, Bilanz über seine fast dreijährige Amtszeit im höchsten Gremium des österreichischen Sozialversicherungssystems. | von Rainald Edel, MBA

An die Wahl des promovierten Betriebswirtes, Dr. Alexander Biach, zum Vorsitzenden im Verbandsvorstand des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger im Mai 2017 war die Erwartung geknüpft, eine grundlegende Reform des österreichischen Sozialversicherungswesens voranzubringen. Für ihn sprach nicht zuletzt, dass der bekennende Sozialpartner das Sozialversicherungswesen durch seine langjährige Funktion als Obmann der Wiener SVA und als Obfrau-Stellvertreter der WGKK die Akteurinnen und Akteure sowie Problemfelder sehr genau kannte. Als sein Ziel erklärte Biach das Vertrauen der Menschen in „ihre Sozialversicherung“ zu erhalten und zu festigen und gleichzeitig den Erhalt und den Ausbau eines langfristig leistungsfähigen, finanzierbaren und solidarischen öffentlichen Gesundheitssystems sicherzustellen.

Die Reformvorschläge der London School of Economics haben sicher den Reformwillen aller Akteure im österreichischen Gesundheitssystem beflügelt. Wir haben daher die Gunst der Stunde genutzt und viele Projekte gestartet.

Alexander Biach

PERISKOP: Sie sind nach dem Rücktritt Ihrer Vorgängerin recht kurzfristig zum Vorsitzenden gewählt worden und wollten auf Geschlossenheit und Einbindung aller Partner setzen. Mission geglückt?

BIACH: Zum damaligen Zeitpunkt den Vorsitz des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger zu übernehmen, war eine Herausforderung. Meine Amtszeit war geprägt durch die Vorgabe, eine Reform des Sozialversicherungssystems vorzunehmen. Um diese aber voranzubringen und die Sozialversicherungen weiterzuentwickeln, bedurfte es einer Geschlossenheit und der Einbindung aller Partner. Daher musste zu meinem Antritt erst wieder Ruhe und eine gewisse „Familienstimmung“ innerhalb der Sozialversicherungen geschaffen und mit Ärztekammer, Apothekerkammer sowie der Pharmawirtschaft wieder ein konsensfähiger Dialogpfad aufgebaut werden. Wichtig war mir eine Dialogkultur auf Augenhöhe zu schaffen — und das ist geglückt.

© PETER PROVAZNIK (2)



Sie nannten als zentralen Aufgabenbereich die Reform des Sozialversicherungssystems. Was galt es zu verändern?

Das österreichische Sozialversicherungssystem genießt mit rund 80 Prozent Zustimmung und Vertrauen ein sehr hohes Ansehen in der Bevölkerung. Um das auch in Zukunft zu behalten und gleichzeitig fit für die Zukunft zu sein, waren Veränderungen unumgänglich. Basis für den Reformansatz waren einerseits die Ziele der Bundeszielsteuerungskommission 2013 und andererseits die Ergebnisse der vom damaligen Sozialminister Alois Stöger in Auftrag gegebenen Studie der London School of Economics (LSE) unter der Leitung von Prof. Dr. Elias Mossialos. Diese zu Beginn meiner Amtszeit veröffentlichte Studie zeigte klar die Effizienzpotenziale im österreichischen Sozialversicherungs- und Gesundheitssystem auf.

Eines der größten Projekte war die Leistungsharmonisierung unter den Sozialversicherungsträgern. Bekommen die Österreicherinnen und Österreicher nun für gleiches Geld auch überall die gleiche Leistung?

Die Leistungsharmonisierung war sicher ein Kernstück meiner Tätigkeit. In insgesamt 23 Kategorien konnten Unterschiede in der Gewährung von Kassenleistungen, Zuschüssen und Selbstbehalten für Versicherte, die zwischen Bundesländern und Berufsgruppen bestanden haben, ausgeglichen werden. Vereinheitlicht wurde jeweils auf dem höchsten Niveau. Das eröffnet für die Versicherten eine Reihe besserer Leistungen und Abgeltungen, etwa bei Ultraschalluntersuchungen, Zahnspangen, Hilfsmitteln wie Rollstühlen, Gratis-Mundhygiene für Kinder oder Psycho-, Physio- und Ergotherapie.

Eine Harmonisierung bei den Ärztinnen und Ärzten ist aber noch offen?

BioBox

Dr. Alexander Biach studierte und promovierte an der Wirtschaftsuniversität Wien. Er startete seine Karriere bei der Wirtschaftskammer Österreich. Weitere Stationen führten ihn ins Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie, er stand dem Wirtschaftsverband Wien als Direktor vor und ist seit 2016 Direktor-Stellvertreter der Wirtschaftskammer Wien. Der Einstieg in das österreichische Sozialversicherungswesen war für Biach der Vorsitz in der Landesstelle Wien der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft. Rund ein Jahr fungierte er als Obfrau-Stellvertreter der Wiener Gebietskrankenkasse. Im Mai 2017 wurde Biach einstimmig zum Vorsitzenden des Verbandsvorstands des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger gewählt. Seine Funktionsperiode endete mit der Auflösung des Gremiums zum Jahresende 2019. Seit Sommer 2019 fungiert Biach als Standortanwalt der Stadt Wien.



Auch in diesem Bereich haben wir erste Schritte gesetzt, beispielsweise in einer Reihe neuer Kassenärztverträge. Zur Finanzierung dieser notwendigen Honorarvolumensausweitungen von jährlich 100 Mio. Euro wurden Verwaltungskosten gedämpft und die Versorgungsaktivitäten zwischen extra- und intramuralem Bereich besser koordiniert — beispielsweise durch den Großgeräteplan oder bei den Facharztstellen. Vor allem der Wiener Vertrag 2018 brachte nach vielen Jahren eine wesentliche Verbesserung in der Zusammenarbeit zwischen Wiener Gebietskrankenkasse und Wiener Ärztekammer. Aber eine generelle Harmonisierung ist offen, weil auch im Gesetz nicht vorgesehen. Persönlich erachte ich das auch nicht als notwendig, denn die jetzige Regelung ermöglicht es, auch regionale Anreize zu setzen.

Zu Ihrem Antritt im Mai 2017 haben Sie sich 23 konkrete Maßnahmen vorgenommen. Konnten Sie diese umsetzen?

Die Reformvorschläge der London School of Economics haben sicher den Reformwillen aller Akteurinnen und Akteure im österreichischen Gesundheitssystem beflügelt. Wir haben daher die Gunst der Stunde genutzt und viele Projekte gestartet. Schon innerhalb der ersten 14 Wochen konnten wir 14 Projekte

Mit der Verbesserung der Gesundheitssituation von Kindern haben wir sicher einen Meilenstein gesetzt.

Alexander Biach

auf Schiene bringen (siehe PERISKOP 76, Seite 26). Von der Leistungsharmonisierung über die Ausrollung der ersten ELGA-Anwendungen, wie der e-Medikation oder die e-Card mit Foto reicheten die damals in Angriff genommenen Projekte. Aber auch im Versorgungsbereich habe ich versucht, mit Tabus zu brechen. So war es durch eine gute Dialogbasis möglich, die Finanzierung der Lehrarztpraxen durchzusetzen.

Auf welche Projekte sind Sie besonders stolz?

Mit der Verbesserung der Gesundheitssituation von Kindern haben wir sicher einen Meilenstein gesetzt. Rund 5.000 Kinder in Österreich sind so schwer krank oder behindert, dass sie eine Rehabilitation brauchen. In Österreich gab es aber bis dato keine speziellen Kinder-Rehazentren. Mittlerweile konnten Vertragsabschlüsse zur Errichtung von sechs Kinder-Rehazentren quer durch Österreich erreicht werden. Dabei haben wir ein Modell aufgesetzt, das Vorbildwirkung in der Finanzierung künftiger Infrastrukturen hat. Denn es ist das erste wirkliche Public-Privat-Partnership-Modell (PPP-Modell) in Österreich. Wir schreiben dabei die Projekte aus, fachlich qualifizierte Unternehmen bewerben sich darauf und errichten sowohl die Infrastruktur als auch den laufenden Betrieb der Zentren. Dafür wird ihnen eine Leistungssumme pro Kind und Tag garantiert. Weitere Projekte zur Verbesserung der Gesundheitssituation für Kinder waren die „Frühen Hilfen“ als Unterstützungsprogramm für junge Familien, die Influencer-Kampagne „Fit & Strong“ für das Gesundheitsbewusstsein von Kindern und Jugendlichen oder die Protonentherapie zur Krebsbehandlung bei MedAsutron als Kassenleistung.

Gibt es noch andere Projekte, die Sie realisieren konnten?

Alle 23 aufzuzählen würde den Rahmen sprengen. Sehr ernst genommen habe ich die Warnungen eines drohenden Mangels bei Kassenärztinnen und -ärzten. Zur Stärkung des Hausarzt-Bereiches und als Antwort auf die Verbesserungswünsche bezüglich der Work-Life-Balance von jungen Ärztinnen und Ärzten konnte ich folgende drei wichtige Verbesserungen ins Leben rufen.

- Wie schon erwähnt, gelang 2018 der Abschluss einer Finanzierungsvereinbarung zur Lehrarztpraxis für junge Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner zwischen Sozialversicherung, Bund, Land und Ärzteschaft. Damit ist die praxisnahe Ausbildung angehender Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner deutlich verbessert worden.
- 2017 wurde ein Primärversorgungsgesetz beschlossen. Damit ist es rechtlich möglich, dass mehrere Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner mit anderen Gesundheitsberufen im Team arbeiten.
- Zudem gelang 2019 der Abschluss des ersten österreichweiten Gesamtvertrages zwischen Sozialversicherung und Österreichischer Ärztekammer mit Neuerungen wie einem österreichweit einheitlichen Versorgungskatalog, neuen Servicekomponenten, attraktiven Honorierungsmodellen oder sinnvollen Codierungsregelungen. Ende November wurden die ersten PVE-Honorarmodelle für Salzburg und Wien präsentiert. Hier wurden erstmalig Pauschalhonorare vereinbart, damit die Ärztinnen und Ärzte auch mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten haben.

Welche Projekte sind offen geblieben?

Mit der Einführung der e-Medikation wurde ein wichtiger Baustein von ELGA gestartet. Diese sowohl von Ärztinnen und Ärzten als auch Apotheken genutzte Anwendung schützt Patientinnen und Patienten vor Wechselwirkungen. Darauf aufbauend konnten auch die Arbeiten für die Entwicklung des e-Rezepts und damit der papierlosen Verordnung gestartet werden. Entsprechende Pilotprojekte sind für 2020 vorgesehen.

In Ihre Amtszeit sind auch die Reform der Sozialversicherungen und die Zusammenlegung zur ÖGK gefallen. Eine Mission Impossible?

Die Zeit war geprägt durch die Diskussion Staatsverwaltung oder Selbstverwaltung. Um zu verdeutlichen, was ein größerer Einfluss des Staates in der Praxis bedeutet, haben wir für das Symposium „Sozialstaatsenquete“ Modelle aus anderen Staaten aufgezeigt. Beispielsweise wird in England von einer Behörde entschieden, ob man einen Heilbehelf bekommt oder nicht. Das griechische Modell kann man als Barmherzigkeitsmedizin bezeichnen. Schweden, das das Gesundheitssystem verstaatlicht hat, kämpft gegen lange Wartezeiten bei wichtigen Untersuchungen. Und das französische Modell häuft riesige Schuldenberge an. Wenn man sich diese Systeme im Vergleich ansieht, kommt man rasch zum Schluss, dass im Endeffekt das österreichische Modell mit der Selbstverwaltung das beste und auch gerechteste ist. Die Zusammenlegung der Sozialversicherungsträger auf fünf Organisationen war sicher ein vernünftiger Schritt und fußte auf den Empfehlungen der London School of Economics. Mir ist es gelungen, diese Übergangszeit dennoch inhaltlich zu nützen, um wichtige Reformen im System noch abzuschließen. In diesem Sinn bleibt mir nur zu sagen: Mission completed. **P**

Nutzung von Big Data führt zu Paradigmenwechsel in Krebstherapie

Der Big Data-Experte **PROF. DI DR. REINHARD RIEDL** hat sich mit **PRIM. UNIV.-PROF. DR. RICHARD GREIL** zu einem PERISKOPINION LEADER-Gespräch getroffen. Dabei ging es vor allem um die Medizin der Zukunft und wie das Zusammenspiel von medizinischem Wissen, digitaler Gesundheitstechnologie und Datenverarbeitungsmöglichkeiten die Onkologie und Personalisierte Medizin nachhaltig verändert. | von Mag. Petra Hafner

Große Mengen bedeutsamer Daten werden durch Auswerten, Strukturieren und Vernetzen für die Medizin nutzbar. Mit jeder neuen Erkenntnis wird das Bild von Krebs schärfer.

RIEDL: Die Medizin der Zukunft ist ganz eng verknüpft mit Digitalisierung. Die EU hat den rechtlichen Rahmen zur Datennutzung definiert. Wie sehen Sie als Leiter des Cancer Cluster Salzburg und intensiver Forscher auf dem Gebiet der Onkologie diese Entwicklung?

GREIL: In meinen Augen sollte man den Zugang zu den Daten und deren Verwendbarkeit

erleichtern und zugleich das Ausmaß der Kontrolle über deren Nutzung erhöhen. Wenn wir den Innovations- und Erkenntnisprozess für die Menschheit nützen wollen, dann braucht es eine qualitätsvolle Diskussion und Sachlichkeit. Ich glaube, dass es nur in einer liberalen, offenen und adäquat kontrollierten Demokratie möglich ist, den in einer unglaublichen Entwicklung stattfindenden Fortschritt für uns zu nutzen. Das Europäische Parlament ist in einer Reihe von Themen deutlich fortschrittlicher als wir diese diskutieren.

Durch moderne Technologien wird eine Fülle neuer Daten und Erkenntnisse

generiert und zur Verfügung gestellt. Gibt es dadurch einen Paradigmenwechsel in der Krebstherapie?

Den Paradigmenwechsel wird es auf allen Ebenen geben, beginnend von der Diagnose bis zu den Behandlungsalgorithmen. Bei der Extraktion des reinen Faktenwissens haben wir ja nicht mehr alle fünf Jahre eine Verdopplung sondern alle zwei bis drei Monate. Das reicht von der Molekularbiologie bis zur Mikrobiom-Analyse, also der Darm-Bakterien-Analyse für die Prädiktion und Intervention von Tumorerkrankungen. Wir haben derzeit bestenfalls ansatzweise Wissen oder besser

Wir wissen, dass 75 Prozent des gesamten Fortschritts in der Onkologie zwischen 1970 und 2014 durch neue Medikamente kam.

Richard Greil

Ahnung, wie das Wechselspiel von Mutationen auf Erbinformationsebene untereinander sowie mit dem Immunsystem funktioniert, mit dem Mikrobiom und anderen derzeit nicht identifizierten Faktoren interagiert. Daraus ergibt sich, dass die benefizielle Wirkung von Interaktionen mit diesen Systemen nicht optimiert ist und wir auch nicht wissen, inwieweit manche Interventionen beim individuellen Patienten kontraproduktiv sind oder sein könnten. Das heißt, wir brauchen nicht nur finanzielle Investitionen, sondern auch neue Testsysteme, die über die derzeitige Form der empirischen Hypothesenüberprüfung hinausgehen. Es wird eine signifikante Veränderung geben müssen, wie wir mit deutlich weniger Daten eine sehr viel präzisere Prädiktion machen können. Das versuche ich mittels Onko-Mathematik — also Systembiologie und systemrelevante Imaginationen — aufzugreifen.

BioBox

Prim. Univ.-Prof. Dr. Richard Greil ist Primar der Universitätsklinik für Innere Medizin III und des Onkologischen Zentrums am Uniklinikum Salzburg. Greil absolvierte das Studium der Humanmedizin an der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck und leistet auf dem Gebiet der Onkologie intensive Forschungsarbeit. Der gebürtige Salzburger ist Leiter des Salzburger Cancer Research Institute sowie Leiter des Cancer Cluster Salzburg.



Wie sehen die neuesten Fortschritte in der Onkologie-Testung und -Behandlung aus?

Ich halte es für sehr wahrscheinlich, dass in der Onkologie in zunehmendem Ausmaß primär an Patientinnen und Patienten und nicht am transgenen Tier oder Xenotransplant getestet wird. Das Konzept der Phase-0-Studien, wo zunächst an gesunden Probandinnen und Probanden mit niedrigen Dosen geforscht

den Zugang der Medikamente zu den Patientinnen und Patienten, zum Teil vor allem aus Kostengründen für das Gesundheitssystem, nicht wollen. Da gibt es eine sich auftuende Diskrepanz zwischen Wissenschaft, die für die Zulassungsbehörden relevant ist, dem Ansatz der EU-Kommission, neue und wirksame Medikamente möglichst schnell den Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu stellen, und den verschiedenen Zahlern der öffentlichen Gesundheitssysteme.

Es wird eine signifikante Veränderung geben müssen, wie wir mit weniger, aber treffsicheren Daten eine sehr viel präzisere Prädiktion des Erfolgs von diagnostischen und therapeutischen Interventionen machen können.

Richard Greil

wird, ist inzwischen akzeptiert. Es gibt das Konzept, in einzelnen Organen, Organoiden oder „organs on the chip“, Funktions- und Toxizitätstestungen zu machen und dann relativ schnell zu den Patientinnen und Patienten zu gehen und teilweise sogar Phase-I und Phase-II zu überspringen, weil man sonst mit der Geschwindigkeit der Entwicklung neuer Verfahren gar nicht mitkommen könnte. Dem steht auf der anderen Seite entgegen, dass die HTA-Assessments, die die Gesundheitssysteme zunehmend einführen, so schnelle Untersuchungen nicht haben wollen, weil sie vordergründig den langfristigen „Wert“ als Grundlage einer Remuneration einfordern und die Auftraggeber einen möglichst schnell

Real-World-Evidence (RWE) wird aus realen Daten (Real-World-Data, RWD) gewonnen, die in der klinischen Praxis außerhalb randomisierter kontrollierter klinischer Studien generiert wurden. Zu den Quellen zählen vor allem elektronische Patientenakte, digitale Anwendungen, Beobachtungsstudien oder Verordnungsdaten. Welche Veränderungen sind dadurch denkbar? Wird die Bedeutung von klinischen Studien dadurch relativiert? Ersetzt RWE z. B. mittelfristig Studien? Oder können mittels RWE auch neue innovative Wege zur Kostenplanung oder Erstattung gefunden werden?

Wir haben in der Onkologie 1.800 Medikamente in Entwicklung, dafür haben wir vor allem bei seltenen und ultraseltenen Tumorerkrankungen nicht ausreichend Patientinnen und Patienten für die Studientestung in angemessener Zeit. Also benötigen wir in großem Umfang Real-World Evidenzen im Vergleich zu Patientinnen und Patienten, die in einarmigen Studien behandelt werden. Es gibt inzwischen EMA- und FDA-Zulassungen für Real-World Evidenz, die wir in einem hohen Ausmaß entwickeln und dabei europäische mit amerikanischen Daten vergleichen. Da ist es so, dass sie in Wirklichkeit mit sehr kleinen Patientenkollektiven — also sagen wir

PERISKOPINION
Leader-Gespräch von
Reinhard Riedl mit
Richard Greil

50 bis 100 Patientinnen und Patienten, — die in einer Phase-I- oder Phase-II-Studie getestet sind, die Vergleichspopulation herstellen können, sowohl die studienspezifische Vergleichspopulation, die nach den gleichen Selektionskriterien wie in der Studie analysiert ist, als auch den Gesamtpatientensatz, der nicht in diese Studie hineinfallen würde, sodass sie sozusagen die Gesamtpopulation mit unterschiedlichen Risikoprofilen ansehen. Und das erlaubt uns eine Modellierung, die unter Umständen eine Phase-III-Studie ersetzt. Das heißt, es kommt zu einem Zeitgewinn und gleichzeitig zu einer viel besseren Voraussagbarkeit der tatsächlichen Wirksamkeit.

Big Data birgt auch die große Chance, neue potenzielle Therapieziele zu identifizieren, sodass die Forschenden ihre Bemühungen auf die Entwicklung neuer Behandlungsansätze in Bereichen konzentrieren können, in denen der größte unerfüllte Bedarf besteht. Welche Entwicklungen erhoffen Sie sich dadurch?

Die Gentechnik-Gesetze sind ein ganz zentraler Faktor in der Gesamtentwicklung von Präzisionsmedizin und Personalisierter Medizin. Hier wird ein wesentlicher Teil der Zukunftsentwicklung liegen und das passiert zu einem hohen Anteil auf der genetischen Information. Dieser Aspekt ist in Österreich so hochgradig geschützt, dass wir diese Daten in absehbarer Zeit wahrscheinlich gar nicht verwenden können. Wenn wir das weiterentwickeln wollen, muss es eine Diskussion darüber geben.

Wie geht man erfolgreich mit der wachsenden Geschwindigkeit des Fortschritts um? Welche Rolle spielt dabei die klinische Erfahrung?

Die Krebsforschung verändert sich derzeit mit einer rasanten Geschwindigkeit, sodass es in

Mit freundlicher
Unterstützung von
Roche Austria GmbH

kürzester Zeit bei der Erkenntnisgewinnung und den daraus gezogenen Konsequenzen zu kategorialen Veränderungen kommen wird. In meinem translationalen Forschungslabor arbeiten ca. 20 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an Krebsforschung. Es ist wichtig, diese permanent in Kontakt mit der klinischen Forschung zu bringen, weil die Situation derzeit so ist, dass die Medikamente schneller entwickelt werden als die Hypothesenentwicklung im Labor stattfindet. Wer die Geschwindigkeit der Medikamentenentwicklung nicht mitbekommt, wird auch nicht die richtigen und zeitgerechten Fragen im transgenen Maus-Experiment stellen.

Sind heute in Österreich die Voraussetzungen für eine Entwicklung Richtung Personalisierter Medizin, beziehungsweise Personalisierter Gesundheitsversorgung gegeben? Haben wir die Daten für das dafür notwendige Anwenden von Big Data?

Für qualitätsorientierte Big Data und Analysen benötigen wir extrem hochwertige Daten. Das wird wahrscheinlich nicht aus einem allgemeinen Absaugen von Gesundheitsdaten aus den Sozialversicherungen herauskommen, weil dieser Datensatz das wissenschaftlich nicht hergibt. Es muss eine andere Form der Diskussion um die Freizügigkeit der Wissenschaft entstehen. Allerdings muss maximaler Wert auf die Vertrauenswürdigkeit gelegt werden. So sollten Analysen der Sozialver-

BioBox

Prof. Dr. Reinhard Riedl promovierte in Mathematik an der Universität Zürich. Der gebürtige Oberösterreicher übernahm 2006 eine Forschungsprofessur für e-Government an der Berner Fachhochschule (BFH). Heute ist er Leiter des BFH-Zentrums Digital Society mit Forschenden aus sechs BFH-Departementen und Ko-Direktor des Instituts Digital Enabling (IDEA). Riedl ist auch Präsident der Schweizer Informatik Gesellschaft und Präsident der IGMN Bern.

sicherer, aber auch der öffentlichen Hand extern kontrolliert, einer Ethikkommission und einem Gremium vorgestellt werden, das die Unvereinbarkeit von Versicherungsgeber und Art und Inhalt der Analysen der Daten der Versicherten überwacht. Auch sollte es wissenschaftlichen Zugang zur Überprüfung der Daten und Konklusionen und unabhängige wissenschaftliche Projekte zu diesen Daten geben können, die von der Academia beantragt und ausgeführt werden.

Die gesellschaftlich relevanten Daten sollten der Gesellschaft gehören und nicht politischen Lobbies. In Österreich haben wir ein sehr zögerliches Interesse seitens Ministerien oder Ländern offenen Datenzugang unter kontrollierten Bedingungen zu gewähren, und auch aus diesen Gründen noch immer keine Definition von Gesundheitsdaten, die einer künstlichen Intelligenzinitiative zugeführt werden könnten, wie sie in anderen Ländern existiert. Wir versäumen daher den Anschluss.

Wenn wir die fiktive Annahme machen, dass alle benötigten Daten auch wirklich verfügbar sind — wie würde das die Gesundheitsversorgung verändern? Lässt sich einschätzen, wie sich dies auf die Lebenserwartung oder die Zahl der gesunden Jahre in Österreich auswirken würde?

Ich glaube, dass es einen sehr positiven Effekt hätte. Ich versuche das am Beispiel der

Onkologie festzumachen. Im Jahr 1975 sind in Großbritannien 50 Prozent aller neudagnostizierten Krebspatientinnen und -patienten innerhalb eines Jahres verstorben. Im Jahr 2014 überlebt die Hälfte aller Betroffenen länger als zehn Jahre und der Anteil der 1-Jahres-Überlebenden ist unter 1 Prozent. Das ist ein Ergebnis mit noch größtenteils sehr konservativer Medizin und sehr wenig Präzisionsmedizin. Die Krebsmedizin, die wir heute betreiben, ist mit der vor zehn Jahren nicht mehr vergleichbar, mit der vor 30 Jahren hat sie überhaupt nichts mehr zu tun. Ohne Zweifel würde die Verfügbarkeit, Bearbeitbarkeit und Interpretierbarkeit von Gesundheitsdaten im Rahmen von abgestimmten klar zielgerichteten Projekten wesentlichen Einfluss auf die Qualitätskontrolle der individuellen Betreuung, den optimalen Einsatz der Personalressourcen, die Verbesserung der Betreuung von Patientinnen und Patienten aus bildungsfernen Schichten nehmen können. Dafür wären neben einer klaren Gesetzgebung auch Infrastrukturinitiativen für Spin-offs im Gesundheitsbereich notwendig, die über das derzeitige Maß hinausgehen.

Sie gründeten 2010 den Onkologiebeirat im österreichischen Gesundheitsministerium, den Sie auch leiten. Wie kann aus Ihrer Sicht der Zugang und die Nutzung von Real World Data durch die Politik gefördert werden? Ist es realistisch, dass man in einem institutionellen Kontext eine große

Big Data birgt auch die große Chance, neue potenzielle Therapieziele zu identifizieren, sodass die Forschenden ihre Bemühungen auf die Entwicklung neuer Behandlungsansätze in Bereichen konzentrieren können, in denen der größte unerfüllte Bedarf besteht.

Reinhard Riedl

Gesundheitsdatensammlung oder Sammlung persönlicher Patientendaten anlegt, die basierend auf guten Audits sauber technisch implementiert und kontrolliert wird — ist das aus Ihrer Sicht eine Option, welche von der Politik gefördert werden könnte, oder ist das zu hoch gegriffen?

Der Staat kann bestenfalls Rahmenbedingungen verändern, wo er die Grenzen oder Balance setzt zwischen dem, was einerseits für ihn selber Risiko als Gesetzgeber ist und andererseits wo er Möglichkeiten und Kontrolle eröffnet. Erfolgreiche Etablierung und Nutzung von Real-World-Evidenz mit exzellenten Daten und hochspezifischen Fragestellungen wird im Bereich von Studiengruppen und deren GmbHs stattfinden und nicht von den Stakeholdern des öffentlichen Gesundheitssystems ausgehen, dem die Erfahrung mit weltweiter kompetitiver Wissenschaftsentwicklung fehlt. In liberalen Gesellschaften besteht unter den Wirtschaftstreibenden Einigkeit darüber, dass der Staat nicht der geeignete Unternehmer dafür ist, sondern es passende Personen und Institutionen benötigt, die den entsprechenden Druck sowie Erfahrung haben. Daher glaube ich, dass dies eine Thematik von Forschungseinrichtungen, die wissenschafts- und zielorientiert sind, bleiben wird. P

Wir werden international geschätzt

BRIGADIER DDR. SYLVIA-CAROLINA SPERANDIO, MBA, Leiterin der Abteilung für Militärisches Gesundheitswesen im Bundesministerium für Landesverteidigung, spricht über die Unterschiede zwischen ziviler und Militärischer Gesundheitsversorgung. | von Dr. Nedad Memić

Im Gespräch mit PERISKOP gibt DDR. Sylvia-Carolina Sperandio, MBA Einblicke in Herausforderungen der Militärmedizin und erklärt, warum sie für viele Frauen als Mutmacherin gilt.

PERISKOP: Welche Aufgaben hat das Militärische Gesundheitswesen?

SPERANDIO: Unsere Aufgabe liegt in der strategischen Planung und Erstellung von Richtlinien für das Militärische Gesundheitswesen. Das umfasst sämtliche Vorgänge im Sanitätswesen. Dazu gehören auch das Veterinär- und das Apothekenwesen. Darüber hinaus sind wir im Sinne der Rechtsträgerschaft für die militärischen Krankenanstalten verantwortlich.

Wie ist die Zusammenarbeit mit dem System der zivilen Gesundheitsversorgung?

Wir haben Berührungspunkte mit allen Bereichen des zivilen Gesundheitswesens — in den Bundesländern sind das unterschiedlich aufgestellte, aber sehr gute Kooperationen, auch mit Universitätskliniken. Unser Personal gilt bundesweit als sehr qualifiziert — unsere Partnerorganisationen arbeiten sehr gerne mit uns zusammen.

Wie ist das österreichische Militärische Gesundheitswesen international aufgestellt?

Das, wofür man das österreichische Bundesheer schätzt, sind die langjährigen Auslandserfahrungen. Außerdem sind wir international besonders in Tropendermatologie, Bergrettungsmedizin und strategischem Patientenlufttransport gut aufgestellt.

Wie wird sich die Militärmedizin in den nächsten Jahren und Jahrzehnten weiterentwickeln?

Die speziellen Verletzungs- und Erkrankungsmuster im Rahmen von Terroranschlägen werden uns in den nächsten Jahren beschäftigen. Man braucht hier eine Einsatzchirurgie und -anästhesie, die man noch ausweiten muss, insbesondere im Bereich der Damage Control Surgery. In der gesamten Patiententransportkette nimmt auch der Lufttransport eine wichtige Rolle ein: Mittlerweile rückt das Zeitmanagement hier immer weiter nach vorne. Die Entwicklung von Digitalisierung und Künstlicher Intelligenz führt dazu, dass man unter dem Motto „Care under Fire“ auch Robotik einsetzen kann, um Menschenleben zu retten. Außerdem werden uns Big-Data-Analysen ermöglichen, mehr Informationen über den Gesundheitszustand bei Soldatinnen und Soldaten zu erheben, so werden wir auch in der Lage sein, adäquatere Präventionsprogramme oder Sportausbildungen zu entwickeln.

Wie sieht es eigentlich mit Prävention und Gesundheitskompetenz im Bundesheer aus?

Unsere Tauglichkeitsuntersuchungen reichen weit über die zivilen Vorsorgeuntersuchungen hinaus. Wir beobachten den Gesundheitszustand unseres Personals laufend, besonders bei Auslandseinsätzen. Damit betreiben wir Prävention. Weiters stellen wir großzügige Impfprogramme für unsere Soldatinnen und Soldaten zur Verfügung. Unser großer Vorteil ist, dass jene Personen, die sich zum Bundes-



BioBox

Brigadier Dr. Sylvia-Carolina Sperandio, MBA wurde 1966 in Vöcklabruck (Oberösterreich) geboren. 1993 promovierte sie an der Universität Wien zur Doktorin der gesamten Heilkunde. Dazu erwarb sie Zusatzausbildungen in Tropenmedizin, Akupunktur, Notarzt-, Alpin- und Höhenmedizin sowie TCM. Sperandio begleitete zahlreiche Katastropheneinsätze und nahm an vielen Auslandseinsätzen des Bundesheeres teil. Bevor sie ins Bundesministerium für Verteidigung wechselte, war sie Kommandantin der Sanitätsanstalt Oberösterreich und Ärztliche Leiterin des Militärspitals Hörching.

heer verpflichten, tendenziell eine gesündere Lebensführung haben. Außerdem ist im Dienstplan für den Grundwehrdienst in der Regel eine Sportstunde am Tag vorgesehen.

Was sind Ihre Herausforderungen in der nächsten Zeit?

Die vordergründige Herausforderung ist die Rekrutierung und ausreichende Qualifizierung des gesamten Sanitätspersonals, vor allem Ärztinnen und Ärzte. Das Militärische Gesundheitswesen im Gesamten ist ein eigenes Gesundheitswesen, das dem zivilen Gesundheitswesen in weiten Teilen entspricht. Die zweite Herausforderung ist die Ausstattung und die Infrastruktur unserer Krankenanstalten und Ambulanzen. Wir müssen trotz budgetärer Knappheit adäquat einsatzbereit bleiben.

Droht dem Bundesheer ein Ärzten- und Ärztemangel?

Wir bemühen uns in erster Linie, ausreichend Ärztinnen und Ärzte für unsere Auslandsmissionen und -einsätze sowie für Präventivmaßnahmen im Inland und im Stellungsbesetzungswesen bereitzustellen. Nachteilig wirkt sich dabei aus, dass unsere Ärztinnen und Ärzte nicht marktkonform bezahlt werden. Grundsätzlich orientiert sich unsere Besoldung am zivilen Gesundheitswesen in Wien. Es ist deshalb schwierig, vor allem im Westen Österreichs ausreichend Ärztinnen und Ärzte zu rekrutieren, da hier das zivile Gesundheitswesen und die Nachbarländer eine wesentlich attraktivere Besoldung anbieten.

Wie sind Sie zum Bundesheer gekommen und was hat Sie daran fasziniert?

Während meiner Turnausbildung habe ich von einem Militärarzt erfahren, dass ein notfallmedizinischer Kurs stattfindet, den habe ich als einzige Frau mitgemacht. Als 1998 das Bundesheer auch für Frauen geöffnet wurde, wurde ich von Kollegen eingeladen, zum Heer zu kommen. Ins Ausland wollte ich schon immer gehen, und im Bundesheer war das möglich. Ich war in Auslandseinsätzen in Zypern, der Türkei, Namibia, Angola und Peru. Dazu konnte ich viele Nischendisziplinen der Medizin lernen — wie ABC-Abwehrmedizin oder militärische Luftfahrtmedizin.

Frauen in Leitungspositionen sind beim Bundesheer aber immer noch eine Ausnahme ...

Es gibt bereits eine Frau im Generalstabdienst. Dass wir mehr Frauen für Führungspositionen im Heer gewinnen, ist eher ein langfristiger Wachstumsprozess. Oft werde ich als Role Model — nicht für Ärztinnen — sondern für Frauen in Führungspositionen herangezogen. Ich mache auch gerne anderen Frauen Mut, Verantwortung zu übernehmen. Ärztinnen, die nach einer abwechslungsreichen Karriere streben, sind bei uns gut aufgehoben — auch wenn sie eine Familie haben! P

Das Militärische Gesundheitswesen ist ein eigenes Gesundheitswesen, das im Großen und Ganzen dem zivilen Gesundheitswesen entspricht.

Sylvia-Carolina Sperandio



© GERHARD GÄTTINGER (1), SHUTTERSTOCK (1)

© LECHNER/BUNDESHEER (2)



PERFORMANCE

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Kiel/Lübeck eröffnet

GRÖSSTES PUBLIC-PRIVATE-PARTNERSHIP-PROJEKT im deutschen Gesundheitswesen | von Mag. Sabine Primes



1 Feierliche Eröffnung des UKSH Zentralklinikums Kiel



2 Das neue Klinikgebäude am Campus Kiel
3 Der topmoderne Eingangsbereich

erfordern ein professionelles eingespieltes Team, das durch Erfahrung und Know-how mit Gesamtüberblick und herstellerunabhängig individuelle Lösungen erarbeitet. Den Auftrag zur Umsetzung des baulichen Masterplans erhielt die VAMED gemeinsam mit einem Konsortialpartner. Das Projekt umfasst Neu- und Umbauten sowie Renovierungen des Bestands an den Standorten Kiel und Lübeck. Der Auftrag ist als Lebenszyklusprojekt konzipiert und beinhaltet auch die technische Betriebsführung und Verfügbarhaltung für 30 Jahre. Das Gesamtprojekt ist mit einem Wert von rund 1,7 Mrd. Euro das bisher größte Public-Private-Partnership (PPP) im deutschen Gesundheitswesen. Die technische Betriebsführung erfolgt über die Facility Management Schleswig-Holstein GmbH, an der die VAMED eine 50 Prozent Beteiligung hält und die mit ihren High End-Dienstleistungen bereits begonnen hat.

„Der Neu- und Umbau des UKSH ist der bisher größte Auftrag in der Unternehmensgeschichte der VAMED. Wir erbringen dafür aus einer Hand die Planung und Errichtung neuer Klinikgebäude, die Modernisierung bestehender Gesundheitseinrichtungen sowie den technischen Betrieb und die Instandhaltung in den kommenden drei Jahrzehnten. Das kann außer uns niemand auf der Welt“, so Dr. Ernst Wastler, Vorstandsvorsitzender der VAMED. „Mit der Eröffnung dieses beeindruckenden Klinikneubaus in Kiel beginnt eine neue Zeit für die Universitätsmedizin in unserem Land. Entstanden ist eine exzellente Infrastruktur, die es den Ärztinnen und Ärzten des UKSH ermöglicht, ihre Patientinnen und Patienten auch in Zukunft hervorragend medizinisch zu versorgen“, sagte Ministerpräsident von Schleswig-Holstein Daniel Günther bei der feierlichen Eröffnung.

„Wir haben mit einem herausragenden Team eine gewaltige Herausforderung gemeistert“, freute sich Prof. Dr. Jens Scholz, Vorstandsvorsitzender des UKSH. „Nach nur vier Jahren ist die Vision des fächerübergreifenden und digitalisierten Krankenhauses jetzt Wirklichkeit.“

Zukunftsweisendes Klinikum-Konzept
Nachdem die bis zu 100 Jahre alte Bausubstanz den Anforderungen eines modernen Klinikums nicht mehr gerecht wurde, entstand ein neues, innovatives Konzept für ein modernes Klinikum. Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Therapeutinnen und Therapeuten, Servicekräfte, Verwaltungsangestellte und Personalräte haben dazu in über 1.000 Terminen ihre Expertise in die Planung eingebracht. Das Ergebnis ist ein wegweisendes digitales Leuchtturmprojekt der Zukunft. Am Campus Kiel eröffnete Ende August ein sechsstöckiges Zentralklinikum als Mittelpunkt der universitären Maximalversorgung.

Patientinnen und Patienten erwartet eine architektonische Atmosphäre, die Genesungsprozesse unterstützt, kürzeste Wege zu Diagnostik und Therapie, innovative Service-Technologie und hoher Komfort.

Die VAMED hat eine Schlüsselrolle im internationalen Gesundheitswesen und trägt mit ihrer einzigartigen Kompetenz und Erfahrung zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung weltweit bei.
Dr. Ernst Wastler

Mit einem Tag der offenen Tür öffnete wenig später Anfang November 2019 auch der neue, siebenstöckige Campus Lübeck seine Pforten. Den Planungsteams ist es gelungen, die 80 Kilometer weit auseinanderliegenden Standorte Kiel und Lübeck wie aus einem Guss erscheinen zu lassen und dem UKSH ein unverwechselbares Gesicht zu verleihen. „Unsere Spitzenmedizin hat endlich die Architektur und Infrastruktur bekommen, die ihr zusteht“, unterstrich Scholz die architektonische Gestaltung des Neubaus.

Zentralisierung fachlicher Kompetenzen
Basis ist ein medizinisches Strukturkonzept, das die gesundheitliche Entwicklung der Bevölkerung der kommenden Jahrzehnte analysiert hat. Prognosen und Kapazitätsberechnungen berücksichtigen den demografischen Wandel und medizinischen Fortschritt. Um immer komplexere Krankheitszustände effektiv diagnostizieren und therapieren zu können, rücken im Neubau die Disziplinen in unmittelbare Nachbarschaft zueinander, die für die Patientenversorgung zusammengehören. Fachliche Kompetenzen werden zentralisiert und räumlich zusammengeführt, um Doppelvorhalten bei Großgeräten sowie Personalressourcen zu vermeiden. Außerdem wird dadurch eine verstärkte Nutzung für ambulante Diagnosen und Behandlungen ermöglicht. Die neu geschaffenen Stationen sind von ihrer Größe her so ausgelegt, dass die Personalressourcen optimal eingesetzt werden können. Zusammengelegte Intensive- und Intermediate-Care-Stationen ermöglichen zudem eine bedarfsgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten. Ambulanzen und Polikliniken werden zentralisiert, um sie auf die zuneh-




3



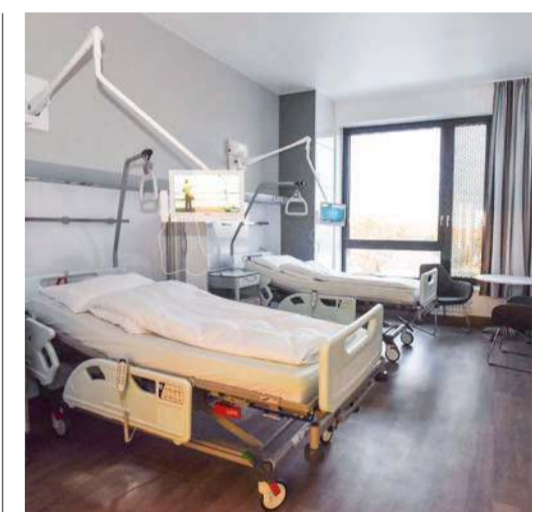
4



mende Bedeutung ambulanter Behandlungen auszurichten. Durch eine interdisziplinäre Nutzung lassen sich Raumressourcen besser auslasten und zukünftige Kapazitätsveränderungen leichter kompensieren. Außerdem sollen in den Ambulanzen künftig auch Wahlleistungspatientinnen und -patienten betreut werden. Bis 2021 werden noch bestehende Gebäude saniert und umgebaut. Die reinen Errichtungskosten für die neuen Zentralkliniken in Kiel und Lübeck beliefen sich in Summe auf rund 570 Mio. Euro. Fördermittel vom Land wurden dafür nicht benötigt. Das Projekt refinanziert sich komplett durch die Effizienzrendite, die sich einerseits daraus ergibt, dass sich der Krankenhausbetrieb in den neuen und modernisierten Gebäuden deutlich effizienter gestalten lässt. Andererseits können durch die verbesserte Infrastruktur mehr Patientinnen und Patienten behandelt werden.

Digitale Innovationen für mehr Komfort
In Lübeck wie auch in Kiel wird gezielt auf die Möglichkeiten der Digitalisierung gesetzt, um Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte von Routinearbeiten zu entlasten und damit den Behandlungserfolg zu erhöhen. Digitale Patientenservices bedeuten für die Patientinnen und Patienten zudem mehr Komfort. An Self-Check-in-Terminals in den Aufnahmebereichen des Klinikums können sich die Patienten anmelden und Dokumente oder Einwilligungen einscannen, über einen LCD-Bildschirm am Bett im Krankenzimmer haben Patientinnen und Patienten Zugriff auf TV, Internet, E-Paper und Filme. Darüber hinaus können sie behandlungsbezogene Fragebögen oder ein Schmerztagebuch ausfüllen und an anonymen Zufriedenheitsumfragen teilnehmen. Klinisches Personal wird durch die sogenannten Bedside-Terminals bei der mobilen Visite unterstützt, um Befunde aufzurufen und die Behandlung mit den Patientinnen und Patienten abzusprechen. Als erstes deutsches Krankenhaus bietet das UKSH kostenlos und lebenslang ein kassenunabhängiges elektronisches Gesundheitskonto an, das den Datenaustausch zwischen Ärzten, Kliniken oder Therapeuten ermöglicht. Jede Patientin und jeder Patient kann über seine Daten im elektronischen Archiv bequem und standortunabhängig verfügen. 

Innovative technische Ausstattung für die beste Behandlung



5

- 3 Festliche Eröffnung des neuen Zentralklinikums Lübeck
- 4 Zahlreiche Gäste bei der Eröffnung
- 5 Digitale Innovationen in allen Krankenzimmern
- 6 Am Tag der offenen Tür demonstrierte das medizinische Personal einen typischen Klinikalltag



6

- LEISTUNGEN DER VAMED**
- Lebenszyklus- und PPP-Modell
 - Immobilienpartnerschaft zur Planung und Realisierung von Neubauten und Altbauarbeiten an den Standorten Kiel und Lübeck
 - Projektmanagement
 - Neubau und Modernisierung von 255.301 m² Nettotonutzfläche
 - Neubau von 26 OPs
 - Sanierung von 16 OPs
 - Neubau von 2 Zentralsterilisationen
 - Technische Betriebsführung
 - Verfügbarhaltung
 - Reinvestition
- Anzahl Betten: 2.400**



Strategiefindung Digital Health in Österreich

Zur Einleitung des Themenblocks „Digitalisierung und moderne Infrastruktur“ bei den 4. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten fasste **PROF. DI DR. REINHARD RIEDL**, Leiter des Instituts Digital Enabling der Berner Fachhochschule, die wichtigsten Erkenntnisse des dort veranstalteten Workshop „Digital Health“ zusammen. | von Rainald Edel, MBA

Gerade im Gesundheitsbereich gewinnt die Zusammenarbeit von Mensch und Maschine immer mehr an Bedeutung. Bei fast jeder Diskussion im Gesundheitswesen fallen die Schlagworte Künstliche Intelligenz, Nutzung und Auswertung von Big Data, Robotic etc. So groß die Hoffnungen auf der einen Seite sind, mit Hilfe dieser Tools und Möglichkeiten das Gesundheitswesen voranzubringen, so groß sind auf der anderen Seite auch die Bedenken. Wo hier im Detail die Positionen der einzelnen Stakeholder liegen, wurde von Expertinnen und Experten sowie Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern des Gesundheitsbereichs im Rahmen des eintägigen Workshops „Digital Health“ im Vorfeld des offiziellen Teils der 4. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten erarbeitet. Dabei wurden Chancen identifiziert sowie Risiken, Nebeneffekte und Herausforderungen festgestellt, aber auch Visionen erstellt (siehe PERISKOP 87, Seite 12). Für die Teilnehmenden des Themenblocks 5 „Digitalisierung und moderne Infrastruktur“ präsentierte der Initiator des Workshops, Prof. DI Dr. Reinhard Riedl von der Berner Fachhochschule, eine kurze Zusammenfassung der Erkenntnisse aus dem Workshop.

Die Welt im digitalen Wandel

Um von einem einheitlichen Begriffsbild auszugehen, definierte Riedl zu Beginn seines Resümées Digital Health. „Darunter versteht man die Nutzung digitaler Werkzeuge als Enabler für alle Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen, insbesondere auch für Patientinnen und Patienten und für Gesundheits-Fachpersonen“, so Riedl. Der Berner Forscher fasste die Auswirkungen der Digitalisierung auf die



BioBox

Prof. DI Dr. Reinhard Riedl promovierte in Mathematik an der Universität Zürich. Der gebürtige Oberösterreicher übernahm 2006 eine Forschungsprofessur für e-Government an der Berner Fachhochschule (BFH). Heute ist er Leiter des BFH-Zentrums Digital Society mit Forschenden aus sechs BFH-Departementen und Ko-Direktor des Instituts Digital Enabling (IDEA). Riedl ist Vorstandsmitglied im Verein PRAEVENIRE und bringt als Leiter seine Expertise im Bereich Digitalisierung in die Erstellung des Weißbuchs „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ ein.

Gesellschaft und die Gesundheitsversorgung zusammen. Er machte fünf grundsätzliche Trends aus, die den Wandel prägen:

- Die digitale Welt wird Teil der realen Welt — wir können die reale Welt digital abbilden und digital simulieren.
- Der Ort verliert an Bedeutung — wir können von überall aus arbeiten. Das bedeutet: Wir können einfacher und schneller Fach-Ressourcen in unsere Tätigkeit einbeziehen.
- Die Prozesse werden immer präziser, komplexer und dynamischer — gerade das Thema der dynamischen Prozesse ist für das Gesundheitswesen eine große Herausforderung.
- In vielen Unternehmen werden große Organisationsteile durch Technologie ersetzt.
- Es findet eine radikale Personalisierung statt.

Um zu verdeutlichen, welche wesentliche Rolle der Digitalisierung in der Gesellschaft und im Speziellen im Gesundheitssystem zukommt, hob Riedl insgesamt fünf Aspekte hervor. Der aus seiner Sicht wichtigste Punkt ist, dass durch Telemedizin und den Einsatz von Künstlicher Intelligenz neue Ressourcen

entstehen. Die Digitalisierung ermögliche weiters, dass stetige Innovation produziert werden kann. In vielen Bereichen der Wirtschaft wird das bereits gemacht, im Gesundheitsbereich finde das noch nicht in diesem Ausmaß statt und wäre eine zu nutzende Chance. Als dritten Punkt hob Riedl die radikale Personalisierung hervor, denn die personalisierte Präzisionsmedizin wurde erst durch die Digitalisierung möglich. Zu einer rationalen System-Verbesserung trägt die Möglichkeit bei „digitale Zwillinge des Menschen“ zu erschaffen, denn diese ermögliche alle Arten von Multi-Aspekt-Analysen. Der fünfte große Punkt ist das Auftreten neuer Akteurinnen und Akteure im System, die einen völlig anderen Hintergrund haben als die traditionellen — nämlich große Datengiganten wie Google und andere.

Lösen Maschinen den Menschen ab?

Eine der zentralen Fragen des Workshops war unter anderem wie sich die Rolle des Menschen in der digitalen Gesellschaft entwickeln wird. „Aufgaben von geringer Komplexität und Aufgaben, die sich oft wiederholen, wer-



**PRAEVENIRE Initiative
Gesundheit 2030**

Block 5 | Digitalisierung & Moderne Infrastruktur

Programm im Rahmen der
PRAEVENIRE Gesundheitstage 2019

KEYNOTES

- **Digital Health: Workshopergebnisse**
Prof. Dr. Reinhard Riedl | Leiter des Instituts Digital Enabling, Berner Fachhochschule
- **Die e-card als Schlüssel zu moderner Infrastruktur**
Mag. Ursula Weismann | Geschäftsführung SVC
- **Telemedizin — Praktische Erfahrungen aus der Schweiz**
Dr. Andrea Vincenzo Braga, MBA | bragamed GmbH
- **Digital Health — Was bringt die Zukunft? (I)**
Bastian Cantieni, MA | W.I.R.E.
- **Digital Health — Was bringt die Zukunft? (II)**
Dr. Patrick Dümmler | Avenir Suisse

PODIUMSDISKUSSION:

- Dr. Gerald Bachinger | NÖ Patienten- und Pflegeanwalt, Sprecher der Patientenanwälte Österreichs
- Dr. Andrea Vincenzo Braga, MBA | bragamed GmbH
- Mag. Dr. Florian J. Burger, MA | Arbeiterkammer Wien
- Bastian Cantieni, MA | W.I.R.E.
- Dr. Patrick Dümmler | Avenir Suisse
- Prof. Dr. Reinhard Riedl | Leiter des Instituts Digital Enabling, Berner Fachhochschule
- Mag. Ursula Weismann | Geschäftsführung SVC

den zunehmend mittels Künstlicher Intelligenz gelöst werden“, sagte Riedl. Hingegen würden jene Bereiche, die hohe Einmaligkeit und hohe Komplexität aufweisen, nach wie vor dem Menschen überlassen bleiben. „Wenn Maschinen einen vordefinierten Kontext vorfinden und es genügend Falldaten gibt, stellen wir fest, dass Maschinen schnell lernen, besser zu sein als der Mensch“, so Riedl. Er verwies in dem Zusammenhang auf den aus Tirol stammenden Harvard-Professor Harald Ott, der in seinem Vortrag erwähnte, es sei mittlerweile binnen weniger Stunden möglich, dass ein Computer lernt ein Top-Schachcomputer

zu sein. In der Medizin ist die Bildanalyse ein Beispiel für einen beschränkten Kontext, der ein Maschinenlernen zulässt. Die praktische Erfahrung der letzten Jahre habe gezeigt, dass wenn der Mensch im Fall eines beschränkten Kontexts mit genügend Lerndaten gegen die Maschine antritt, die besten Menschen auf dem dritten Platz landen. Die Maschinen landen auf dem zweiten Platz und den ersten Rang nimmt die Kombination aus Mensch und Maschine ein. Dabei bereitet die Maschine die Entscheidung vor und der Mensch trifft sie oder die Maschine schlägt eine Entscheidung vor, die vom Menschen kontrolliert wird. „Dann gibt es noch den Bereich der offenen Kontexte — hier ist der Mensch nach wie vor der Maschine haushoch überlegen“, so der Berner Professor. Er gab zu bedenken, dass wenn man über Fortschritte im Bereich der Künstlichen Intelligenz nachdenke, sollte man sich dieser Unterscheidung bewusst sein. Die großen Fortschritte könne man im Moment nur dort verzeichnen, wo es vordefinierte Kontexte gibt, die häufig wiederholt werden.

Positionen herausgearbeitet

Am Workshop Digital Health nahmen rund zwei Dutzend Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitsbereich teil. „Ziel war ein wertschätzender Dialog auf Augenhöhe. Wobei wir immer wieder Phasen eingebaut haben, bei denen sich jede und jeder überlegen musste, wie die eigene Position zu einem bestimmten Thema ist“, schilderte Riedl den Ablauf der Veranstaltung. Es gab Phasen, in denen bewusst nur die Vorteile herausgearbeitet wurden und Settings, in denen explizit über die negativen Folgen und Risiken nachgedacht wurde. Im Rahmen des Workshops wurden auf einer hohen Abstraktionsebene Perspektiven entwickelt. Anschließend wurde überprüft, ob diese in konkreten Anwendungsbereichen sinnvoll sind. Im Fokus stand dabei in erster Linie die Perspektive der Patientinnen und Patienten und in zweiter die des Gesundheitspersonals.

Im Rahmen des Workshops haben sich folgende Chancen durch die Digitalisierung herauskristallisiert:

- Ein großer Nutzen für Patientinnen und Patienten, die zur Selbstverantwortung ermächtigt werden, aber auch eine wesentlich bessere Versorgung bekommen.
- Ein Wissenszuwachs aber auch eine Wissensverdichtung. Das betrifft sowohl die Praxis von Diagnose und Therapie als auch die Forschung.
- Neue Arbeitsformen, die durch die Technologie ermöglicht werden, indem wir einfache Aufgaben automatisieren können. Gleichzeitig können hochkomplexe Aufgaben im



v.l.: Gerald Bachinger, Andrea Vincenzo Braga, Florian Burger, Bastian Cantieni, Patrick Dümmler, Reinhard Riedl, Ursula Weismann



Gesundheitswesen mit Künstlicher Intelligenz unterstützt werden. Daten sind dabei die kritische Ressource, damit das Gelingen kann.

- Vielfältige Möglichkeiten zur Systemoptimierung. Dabei zeigt sich, dass es große Wechselwirkungen zwischen Gesundheitspolitik und anderen Politikfeldern gibt. P

Stimmen aus der Podiumsdiskussion



„Das Maß der Digitalisierung im Gesundheitsbereich ist stark mit der jeweiligen Gesellschaft/Kultur verbunden. So gibt es beispielsweise im US-Bundesstaat Missouri das Mercy Virtual Hospital, das mit sehr guten Ergebnissen seine Patientinnen und Patienten ausschließlich telemedizinisch betreut. Oder in China, für entlegene Gegenden sogenannte Gesundheits-Kioske, in denen telemedizinisch sogar Blutproben genommen werden. Als Vorbild für die Einbindung von Digital Health ins Gesundheitssystem gelten in Europa die baltischen Staaten. Meine Hoffnung ist, dass solche technischen Lösungen, das Gesundheitspersonal von Routinetätigkeiten entlasten und somit wieder mehr Zeit für Kernkompetenzen, Empathie und persönliche Zuwendung bleibt.“

Dr. Gerald Bachinger | Sprecher der Patientenanwälte Österreichs



„In Österreich gehen wir im Bereich Digital Health kleine Schritte, aber wir gehen. Wenn man als Kundin oder Kunde bei ELGA einsteigt, sieht man nicht nur seine Befunde, sondern auch wer die entsprechenden Daten aufgerufen hat. Unter dem Arbeitstitel ‚TEWEB‘ wurde die Gesundheitshotline 1450 entwickelt, die als Erstauskunft und Orientierungshilfe für Patientinnen und Patienten dient.“

Mag. Ursula Weismann | Geschäftsführung SVC



„Wir hatten schon vor der Datenschutzgrundverordnung einen sehr gut funktionierenden Datenschutz in Österreich. Gesundheitsdaten genießen dabei einen besonderen Schutzstatus, den die Patientinnen und Patienten auch zu Recht erwarten können. Was auf keinen Fall passieren darf, ist, dass durch großflächige Datennutzung ein Profiling anhand der Gesundheitsdaten stattfinden kann und Patientinnen und Patienten dadurch diskriminiert werden oder andere Nachteile erleiden. Hiervor schützt uns auch die dezentrale Struktur der Sozialversicherungen.“

Mag. Dr. Florian J. Burger, MA | Arbeiterkammer Wien



PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

Gemeinsames Commitment für mehr Gesundheitsbewusstsein

PROF. DR. ROBIN RUMLER ist Mitglied des wissenschaftlichen PRAEVENIRE-Beirats und bringt bei der Erstellung des Weißbuchs „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ vor allem seine Expertise in den Bereichen Kommunikation und Marketing für Prävention ein. Im PERISKOP-Interview unterstreicht er die Bedeutung der Sensibilisierung für Gesundheitskompetenz beginnend in Volksschulen und bringt Beispiele, wie Menschen zu mehr Gesundheitsbewusstsein animiert werden können. | von Mag. Petra Hafner



Social Media, Role Models, Awards oder Programme, die zum Mitmachen anregen, sind für den Pfizer-Geschäftsführer Prof. Dr. Robin Rumler, der sich bei der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 engagiert, probate Maßnahmen, um die Menschen zielgruppengerecht dafür zu gewinnen, vermehrt auf ihre Gesundheit zu achten.

PERISKOP: Sie engagieren sich bei der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 und sind Mitglied im wissenschaftlichen Beirat „Scientific Council“. Was war ausschlaggebend dafür und welche Expertise bringen Sie ein?

RUMLER: Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 finde ich essentiell, spannend und gerade in Zeiten einer neuen Regierungs-

bildung überaus reizvoll. Ich bringe mich deswegen ein, weil Marketing und Kommunikation meine besondere Expertise darstellen und ich mich in Gremien engagiere, wo es Ideen braucht, um etwas weiterbringen und umsetzen zu können. Das Ganze aber auch immer im Licht dessen, wo Bedarf besteht, denn wenn kein Bedarf besteht, wird dein Plan keinen Erfolg haben. Dementsprechend freue ich mich, bei diesem Projekt mitzumachen.

Das eine ist die Kommunikation. Sie sind aber auch bekannt dafür, dass Sie sich öffentlichkeitswirksam für Prävention einsetzen. Was sind Ihre wichtigsten Themen, die Sie in puncto Prävention sehen möchten?

Also ich würde mich als jemanden beschreiben, der in der Prävention etwas bewegen möchte. Ich setze mich mit den Tatsachen gerne auseinander. Es gibt aktuelle Studien, die uns beim Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung unter dem europäischen Schnitt ausweisen. Deshalb möchte ich mich mit Expertinnen und Experten, die Fachexpertise haben, an den Tisch setzen und Programme entwickeln, um einzelne Situationen zu verbessern — und habe da ganz im Speziellen unsere Jüngsten im Blick.

Ich bin fest davon überzeugt, dass sowohl die Eltern Vorbild für die Kinder sein können, aber Kinder auch auf ihre Eltern einwirken.

Robin Rumler

Expertinnen und Experten appellieren, dass bereits im Kindergarten und in der Volksschule die erste Sensibilisierung und Prävention erfolgen soll. Wie kann das gelingen?

Es ist eine riesige Chance und Aufgabe unserer Generation, bei den Jüngsten im Kindergarten und vor allem in der Volksschule anzusetzen. Wir haben Vieles überlegt und sind jetzt auch erst in der Brainstorming-Phase, aber genau Themen wie Alkohol, Rauchen und sexuelle Gesundheit beginnen im Volksschulalter. Ein Gedanke wäre, in der Volksschule ein Projekt zu starten, wo wir für die erste bis vierte Klasse ein Programm entwickeln, bei dem beispielsweise jedes Jahr eine Woche unter dem Motto „Meine Gesundheit“ steht. Da kann es um Themen wie gesundes Essen, Verkehr, die Bedeutung von Medikamenten oder den respektvollen Umgang mit Menschen mit Behinderung gehen. Dabei wird ein breites Allgemeinwissen vermittelt und volksschulgerecht in der Klasse bereitgestellt. Die entwickelten Programme sollen downloadbar sein und dem Lehrpersonal als Material zur Verfügung stehen. Außerdem können die Eltern involviert werden. Ziel der Sache ist, mit einem spielerischen, aktiven Programm, das die Kinder gerne machen wollen, zu sensibilisieren und motivieren, ganz nach dem Motto: Spiel, Punkte, Krone — Gesundheitsexperte.

Was braucht es, dass Eltern gute Vorbilder sind?

Um Leute ins Boot zu holen und Dinge zu verändern, gibt es eine Vielzahl von Möglichkeiten, die wir erwägen müssen. Ich bin fest davon überzeugt, dass sowohl die Eltern Vorbild für die Kinder sein können, aber Kinder auch auf ihre Eltern einwirken. Leider haben manche Eltern von Gesundheitsbewusstsein wenig Ahnung.

In Österreich ist jeder vierte Jugendliche zu dick. Es ist hinlänglich bekannt, dass Übergewicht zu zahlreichen Folgeerkrankungen wie Hypertonie, Diabetes, Gelenksabnutzungen und psychischen Problemen führt. Wo soll Ihrer Meinung nach angesetzt werden?

Wenn wir uns ansehen, wo unsere Kinder oder unsere Jugend im Kontext zu Alkohol, Rauchen und Übergewicht stehen, zeigt sich, dass das Themen sind, wo wir definitiv Raum für Verbesserung haben. Wir werden immer älter und unsere Gesellschaft ist gefordert, sich mit dieser Thematik intensiv zu beschäftigen und sich klare Ziele zu setzen. Ich bin Geschäftsführer eines Wirtschaftsunternehmens mit klaren Zielen: Wir möchten Produkte weiterentwickeln, auf den Markt bringen und kommerziell erfolgreich sein. Der Patient steht im Mittelpunkt. Aber der Patient muss auch herangeführt werden. Die Frage, die wir uns dabei stellen müssen, lautet: „Was kann ich zu einem gesunden Leben beitragen?“

Es gibt die goldene Regel: Es ist nie zu spät. Wie kann die Zielgruppe Seniorinnen und Senioren 60, 70+ erreicht und sensibilisiert werden?

Zum Beispiel mit Role Models. Was für Junge gilt, kann ohne Weiteres auch auf Ältere umgelegt werden. Was ich meine, ist: Es muss ein Anreiz da sein, um zum Mitmachen zu bewegen. Zweifelsfrei hilft uns dabei auch die Zeit, denn die jetzt ins Pensionsalter kommende Generation setzt sich mehr mit neuen Kommunikationskanälen auseinander, womit es auch mehr Möglichkeiten gibt, sie zu erreichen. Meine Mutter beispielsweise hat einen Schrittzähler am Handy, sie turnt zusätzlich und seit sie das macht, ist sie happy.

Österreich zählt zu den wenigen OECD-Ländern, in denen die Zahl der Raucherinnen und Raucher nicht rückläufig ist. Wie sehr können Prävention und Verbote zu einer Reduktion dieses evidenten Gesundheitsrisikos beitragen?

Es gibt viele Ideen, wie man etwas verändern könnte. Es müssten vor allem Kampagnen sein. Ich denke da an reale Beispiele, die am Punkt sind, wie die Initiative und das Nichtraucher-Volksbegehren „Don't smoke“, die österreichweit wirklich eine Welle der Beteiligung ausgelöst haben. Auch ich habe mich, als einziger Geschäftsführer eines Pharmaunternehmens, öffentlichkeitswirksam dafür engagiert und das Thema im Print-Bereich und auf Social Media-Kanälen beworben. Wir hatten damit 40.000 Klicks auf YouTube, das motiviert.

Durch die zahlreichen Aktivitäten der PRAEVENIRE Initiative werden sich das Gesundheitsbewusstsein und die Einstellung zur Prävention entscheidend ändern.

Robin Rumler

Ein weiteres Präventionsthema, das ebenfalls emotionalisiert, ist Impfen. Wir wissen, dass Impfstoffe eine äußerst effektive Methode zur Prävention von Krankheiten darstellen und dennoch gibt es auch in Österreich eine gewisse Impfskepsis und Impfmüdigkeit. Wie sollen Menschen von der Sinnhaftigkeit des Impfens überzeugt werden?

In Österreich gibt es ganz wenige Impfgegner, aber sehr viele Impfskeptiker. Man muss den

BioBox

Prof. Dr. Robin Rumler studierte Humanmedizin an der Medizinischen Universität Wien. Der gebürtige Wiener ist seit 1992 in verschiedensten Funktionen und Unternehmen in der Pharmaindustrie tätig. 2004 wechselte Rumler zu Pfizer als Marketing Direktor, seit 2009 ist er Geschäftsführer der Pfizer Corporation Austria. Zusätzlich engagiert sich Rumler beim Verband der österreichischen Pharmaindustrie PHARMIG, war mehrere Jahre Präsident des Pharma Marketing Clubs Austria PMCA und ist Mitglied im wissenschaftlichen PRAEVENIRE-Beirat.



Menschen vor Augen führen, dass es nichts Effektvolleres und Harmloseres gibt, als eine Impfung. Damit schütze ich mich und gleichzeitig meine Umwelt. Die Pocken beispielsweise waren für Millionen Menschen eine todbringende Erkrankung. Es wurde durchgeimpft und Jahre später, 1980, war die Welt pockenfrei. Ähnliches machen wir gerade mit Polio. Wir müssen Aufklärung schaffen und den Menschen vor Augen führen, dass eine Impfung etwas bringt. Je mehr wir darüber reden, desto mehr wird passieren.

Mittlerweile gibt es 10 Thesen anhand derer das Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ erarbeitet wird. Ein zentrales Thema dabei ist die Förderung von Prävention in allen Lebensbereichen. Wie kann die Bedeutung hervorgehoben werden?

Die Idee vom PRAEVENIRE Gesundheitsforum ist, ein gemeinsames Commitment zu haben. Wenn wir die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 nicht auch über neue Kanäle, bekannte oder neue Gesichter hinaus tragen, machen wir einen Fehler. Wir müssen zielgruppengerecht agieren. Aus meiner Sicht wäre es außerdem extrem wichtig, wenn sich unser Land konkrete Ziele setzen würde. Ich würde mir wünschen, dass sich die neue Regierung einen Slogan verpasst, indem sie sagt „Unsere Politik für ein gesundes Öster-

reich“, dann würde jeder eine Entscheidung auf die Frage zurückführen können „Bringt uns das alles etwas?“. Wenn ich konkrete Ziele habe, diese verfolge und das Ganze wie ein großes Programm für Österreich gestalte, wo das Erreichte zum Beispiel jährlich in einer großen TV-Show präsentiert und mit Awards ausgezeichnet wird, kann ich spielerisch viel erreichen.

Ein Blick in die Zukunft: Wie wird sich das Gesundheitswesen in Österreich bis 2030 verändern? Was brauchen wir, dass wir auch weiterhin ein gutes, solidarisches Gesundheitssystem haben?

Generell bin ich davon überzeugt, dass sich durch die zahlreichen Aktivitäten der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 das Gesundheitsbewusstsein und die Einstellung zur Prävention entscheidend ändern werden: Warum? Weil wir mehr zusammenarbeiten, neue Medien verstärkt nutzen und damit auch mehr Menschen erreichen. Daran werden wir arbeiten. Auch Medizin, Pharma, Medizintechnik und Pflege werden sich entschieden stärker vernetzen. Je schneller das erfolgt, desto eher können wir Partikularinteressen hinter uns lassen und gemeinsam Verbesserungen für ein längeres, gesünderes Leben anstreben. So kommen wir dem Ziel entgegen: Möglichst lange gesund zu bleiben. **P**



Tur eine lebendige Zukunft



PERFORMANCE

Kurvenkratzer

Wie Trends unser Leben verändern



Beinahme jeder unserer Schritte hinterlässt zwei Abdrücke: Einen augenscheinlichen in der realen Welt und einen weiteren im digitalen Raum. Das Netz ist integraler Bestandteil unseres Arbeitslebens und unserer Alltagskultur geworden. Keine andere Technologie konnte die Menschen umfassender miteinander verbinden oder Wissen zugänglicher machen. In jeder Sekunde werden heute mehr Informationen über das Internet ausgetauscht als noch vor 20 Jahren im gesamten Internet gespeichert waren. Das gesammelte Wissen wächst exponentiell und hilft dem Vorankommen dieser Entwicklung. Daten sind in der digitalen Welt ein bedeutender Produktionsfaktor geworden, wie z. B. durch Kundenkarten, Smartphones oder Geräte, die automatisch miteinander kommunizieren. Die intelligente Nutzung der gespeicherten Information entwickelt sich dabei zu einer der größten Herausforderungen des 21. Jahrhunderts. Im Gegensatz dazu nähern sich viele Trends einer achtsamen Lebensführung, der Gesundheit am Arbeitsplatz, geistigem Wohlbefinden und fit statt schlank. „Qualität statt Quantität“ lautet das Ziel und stellt eine höhere Lebensqualität

an erste Stelle: Weniger Gehalt, dafür mehr Zeit mit der Familie, die Grünfläche in der Stadt bekommt höhere Priorität als der Bau des neuen Einkaufszentrums und der Fleischkonsum wird auf den Sonntagsbraten reduziert. Die neue Einstellung zur Gesundheit, flankiert von Big Data, Gen- und Biotech, eröffnet ungeahnte Chancen für die Medizin und das Wohlbefinden der Zukunft. Durch Digitalisierung und KI erleben wir eine ungeahnte Revolution in der Gesundheitsbranche. Was früher ein regulierter Angebotsmarkt war, drehte sich in einen multilateralen Nachfragemarkt. Maschinen, die bessere Diagnosen stellen sollen als Ärztinnen und



Martina Hagspiel, Gründerin Plattform „Kurvenkratzer-InfluCancer“

Ärzte, 3D-Bio-Printing von neuen Organen, personalisierte Vitamin-Abos oder künstlich intelligente Fitness-coaches. Ein dogmatisches, leistungsorientiertes Gesundheitsstreben wird von einem ganzheitlichen Verständnis für Gesundheit abgelöst, das auf das individuelle Wohlbefinden von Körper und Geist abzielt.

Self-Tracking und die virtuelle Arztpraxis
Das Self-Tracking wurde populär, um seine eigenen Fitness-Aktivitäten zu beobachten. Heute hat es das Potenzial die medizinische Versorgung

zu verbessern. Patientinnen und Patienten können damit selbstständig Messungen durchführen und in Echtzeit an ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt übermitteln. So wird es für Ärztinnen und Ärzte möglich sein, aus der Ferne Symptome zu prüfen, zu diagnostizieren und medizinische Fragen zu beantworten. Die hohe Qualität einer ärztlichen Dienstleistung hängt auch von der Mitarbeit der Patientinnen und Patienten ab. Eigenverantwortliche, informierte und strukturierte Patientinnen und Patienten verbessern die Dokumentation der Krankheits- und Betreuungsgeschichte, verkürzen die unmittelbare Betreuungszeit und erhöhen gleichzeitig die Behandlungsqualität. Speziell für ältere, nicht mobile Personen, für Menschen außerhalb von Ballungszentren oder für Erkrankte während einer Chemotherapie wird dies zur Chance einer engmaschigen und qualitativ hochwertigen Überprüfung ihres Gesundheitszustandes.

Daten, Daten, Daten — Gefahr oder Chance?
Die Integration von persönlichen Krankendaten in zentrale Systeme verändert nicht nur die Art und Weise, wie wir Krankheiten erfassen, sondern eröffnet auch die Möglichkeit, sie vorzusehen und ihre Auswirkungen zu begrenzen. Die schnelle Verfügbarkeit medizinischer Daten kann Leben retten und Lebensqualität verbessern. Ein Knackpunkt für mehr Digitalisierung und Mobilität im Gesundheitswesen ist natürlich der Schutz der hochsensiblen Patienteninformation.

Wir als Kurvenkratzer beschäftigen uns sehr stark mit den Trends der Zukunft und richten auch unsere zukünftigen Tätigkeiten nach den oben genannten Entwicklungen aus. **P**

www.influCancer.com
www.kurvenkratzer.at

Primärziel Gesundheit

Healthcare Planning im Fokus

Teil 1: Ein Mehr an Gesundheit für die Menschen

Digitalisierung als Chance für sinnvolle Interaktion zwischen Bürgerinnen und Bürgern und öffentlichem Gesundheitswesen



Eine Hypothese zu Beginn: Technische Innovation und sich rasch weiterentwickelnde Forschung, gerade im Bereich der Personalisierten Medizin, werden es ermöglichen, die historisch statischen Beziehungen im Gesundheitswesen zwischen Versorgungsstrukturen, und der Bevölkerung zum beiderseitigen Nutzen zu verändern und zu mehr gesunden Lebensjahren führen. Dieser und folgender Artikel sollen Vorteile dieser möglichen Entwicklungen durch Digitalisierung im Gesundheitswesen, aber auch das (soziale) Risikopotenzial aufzeigen. Gesellschaft und Gesundheitsmarkt zeigen deutliche Verschiebungen in der ehemals fast monopolistischen, hierarchischen Darstellung von Informationen aus dem öffentlichen Sektor zunehmend hin zum einzelnen Menschen als Konsument, Verbraucher, aber auch Erbringer. Zukünftig kann jede und jeder Interessierte — getrieben durch signifikante technologische Innovationen — theoretisch die Möglichkeit einer verbesserten, individuellen und nachhaltigen Versorgung erfahren. Gleichzeitig zeichnet sich dadurch auch eine Chance zur Demokratisierung im Bereich des Zugangs zu hochwertiger Gesundheitsversorgung ab. Zusätzlich kann und soll auch eine stärkere und intensivere Einbindung jeder und jedes Einzelnen in die Eigenverantwortung

für seine Gesundheit erreicht werden, nebenbei verbunden mit einer Kostendämpfung. Es gilt, die Schaffung gezielter Rahmenbedingungen durch den Staat voranzutreiben, um diese Möglichkeiten zum Vorteil aller Beteiligten zu nutzen. Nur ein gezielter Informationsaustausch mit den Bürgerinnen und Bürgern kann (a) individuelle Bedürfnisse zeitnah erkennen und (b) endlich überfällige Veränderungen im öffentlichen Gesundheitswesen ermöglichen. Ein kurzer Rückblick: Statistiken und vor allem retrospektiv erlernte Erfahrungswerte haben die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens in den letzten Jahrzehnten geprägt. Investitionen und Ressourcen wurden in einem ständigen, iterativen „Verbesserungsprozess“ nachverwaltet, um den aktuellen Bedarf mit erheblicher Verzögerung zu decken. Die Aktualität der Anforderungen und die Verfügbarkeit der alternativen Lösungen waren insbesondere zeitlich nicht kongruent und daher meist zu spät und nicht nachhaltig.



Dr. Klaus Schuster, Basel, Schweiz

Das Ergebnis kennen wir: Engpässe und Fehlplanungen. Steigende Gesundheitskosten bei stagnierenden gesunden Lebensjahren sind nur zwei von vielen Beispielen. Nehmen wir die Krankenhäuser als Anschauungsobjekt: Mit dem Wunsch nach Transparenz wurden bisher erhebliche Budgets in die Entwicklung von Krankenhausinformationssystemen investiert, vor allem für administrative Zwecke. Leider wird der Begriff „Digitalisierung im Gesundheitswesen“ von Protagonisten auch heute noch hauptsächlich für das elektronische Verwaltungsmanagement, meistens auch von medizinischen Daten, verwendet. Die Kritik richtet sich dahingehend, dass Medizin lange Zeit als eine sowieso gegebene Dienstleistung im Gesundheitswesen galt, die sich fortlaufend weiterentwickelte, eher reaktiv als wirklich proaktiv vorangetrieben.

Im Gesamtkontext von Gesundheit, Digitalisierung und Bürgerbeteiligung entwickelt sich aber nun mit der Kernkompetenz Medizin ein neues Szenario mit deutlichem Handlungsbedarf. Tatsache ist, dass wir bereits in einer Welt großer Innovationen im medizinischen Bereich leben. Eine stetige Zunahme verbesserter diagnostischer und therapeutischer Praktiken hat mehrere Auswirkungen. Das sich ständig verbessernde Wissen eröffnet neue effiziente Wege für Diagnose und Heilungsprozesse. Die Kombination von Biomedizin und neuen Analysemethoden sowie die Konvergenz von Wissenschaft und komplexen Informationsmengen eröffnen neue vielversprechende Anwendungsfelder für die Forschung. Der Wechsel von tödlichen zu chronischen Krankheiten, manchmal sogar mit potenzieller Heilung, führt heute zu der beinahe opportunistisch klingenden Forderung, gesunde Jahre zu maximieren. Frage: Werden diese Chancen genutzt? Fortsetzung folgt. **P**

© PHILIPP TOMSICH, SHUTTERSTOCK (2); FELICITAS MATERN; © PETER PROVAZNIK (2)



PIONIERE

Gesundheitsförderung beginnt bereits im Kindesalter

Bei den 4. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten widmete sich KATHARINA OBROVSKY, BEd, Lehrerin in der Volksschule Cottagegasse, Wien Währing, im Rahmen des Blocks 4 „Gesundheitskompetenz & Prävention“ dem Thema der Gesundheitsprävention bei Kindern. | von Mag. Dren Elezi, MA

Seit über vier Jahren ist Katharina Obrovsky, BEd, Volksschullehrerin mit Leib und Seele und „es ist jedes Mal traurig mitanzusehen, wenn es Kindern mit ihrer eigenen Gesundheit aufgrund schwieriger gesundheitlicher Umstände nicht gut geht“, begann Obrovsky ihre Keynote. Dabei betonte sie wie wichtig es sei, Maßnahmen zu setzen, um die Gesundheit bei Kindern möglichst früh zu fördern und die Gesundheitskompetenz zu stärken. In der Wiener Volksschule Cottagegasse, in der Obrovsky als Volksschullehrerin tätig ist, habe die Gesundheitsförderung von Kindern einen großen Stellenwert. „Unser Ziel ist, dass Kinder gesund und bewegt lernen, damit sie auch für ihr weiteres Leben davon profitieren. Wir haben beispielsweise ein spezielles Ernährungsprogramm, wo Kinder wöchentlich mit regionalem Obst und Gemüse versorgt werden. Besonders im Kindes- und Jugendalter wird ein wichtiger Grundstein für das spätere Essverhalten gelegt. Früh erlernte, falsche Ernährungsmuster lassen sich oftmals nur schwer wieder ablegen.“

Eltern und Schule aktiv miteinbeziehen
Die Steigerung des gesundheitlichen Verantwortungsbewusstseins aller Beteiligten durch konsequente Information und Motivation sowie die Pflege guter Beziehungen zwischen Schule und Eltern spielt in dem Zusammenhang eine wichtige Rolle, denn laut der Pädagogin ist die Gesundheit sehr eng mit der Erziehung und Vorbildwirkung der Eltern verknüpft. Gemeinsam mit den Eltern werden daher Themen wie Ernährung und Gesundheit regelmäßig diskutiert, damit diese ein Bewusstsein für gesunde Ernährung entwickeln. Obrovsky betonte gleichzeitig, dass dies in bestimmten Fällen nicht so leicht sei, da es auch Eltern gäbe, die nicht ausreichend informiert seien. Aus ihrer Sicht haben die Schulen einen maßgeblichen Einfluss auf die Kinder. Laut Obrovsky sei es daher besonders wichtig, „dass die Eltern aktiv in diesen Prozess der Gesundheitsförderung der Kinder miteinbezogen werden und ein Miteinander herrscht. Wir müssen den Eltern auch bewusst machen, welche Vorbildwirkung sie

für ihre Kinder haben und wie sie die Kinder positiv beeinflussen können.“

Gesundheitskompetenz fördern
Doch nicht nur der Aspekt der richtigen Ernährung ist Teil der Präventions- und Gesundheitsförderung: „Theaterstücke, Erste-Hilfe-Kurse, Reanimationskurse, regelmäßige Workshops oder auch Kooperationen mit Sportvereinen sollen Kindern zeigen, wie sie gesund leben und gleichzeitig Spaß an der Bewegung haben. Mit bestimmten Maßnahmen kann diese Gesundheitskompetenz gemeinsam erlernt und gelebt werden“, so Obrovsky. Für die Lehrerin hat auch Bewegung und Sport einen besonderen Stellenwert, denn „Störungen der motorischen Fertigkeiten bedeuten eine entscheidende Beeinträchtigung für das Kind. Sie engen den Bewegungs- und Handlungsspielraum ein, hemmen Kinder in ihren sozialen Aktivitäten, beeinträchtigen ihr Selbstvertrauen und können weitere Persönlichkeitsbereiche negativ beeinflussen.“ Hinzu komme, dass „Kinder leichter stürzen und schneller ermüden.“ So bemerke sie bereits beim Fußballrollen, dass Kinder teilweise noch auf den Zehenspitzen gehen — ein Anzeichen, dass die motorische Entwicklung beeinträchtigt oder verlangsamt ist — weshalb Kinder dann meist auch eine besondere Anregung und Aufmerksamkeit benötigen. Obrovsky appellierte in ihrer Keynote, dass Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz nicht mit der vierten Schulstufe enden dürfen und forderte eine langfristige Strategie zur Gesundheitsförderung der Kinder auch im höheren Schulalter. Dabei orientierte sie sich an Ländern wie Island, wo ein kleiner Teil der finanziellen Unterstützung für Eltern und Kinder nicht direkt an die Eltern ausgezahlt wird, sondern für ein Anreizsystem zu mehr Bewegung und Sport verwendet wird. „Eltern könnten ihre Kinder je nach Interesse des Kindes kostenfrei in Vereinen anmelden, womit sie auch keine großen Summen für eine Mitgliedschaft bei Sportvereinen ausgeben müssten. Die Kinder werden durch den Vereinssport inspiriert und motiviert, sich zu bewegen.“ Damit würde der Alkohol- und Zigarettenkonsum gesenkt

Stimmen aus der Podiumsdiskussion



„Die Phase zwischen dem dritten und sechsten Lebensjahr ist für die Zukunft der Kinder entscheidend. Das müssen wir mitbedenken, wenn wir die Gesundheitskompetenz stärken wollen. Auch die Ausbildung, ausreichend Bewegung, gesunde Ernährung sind wesentliche Punkte, an denen wir sehr früh ansetzen müssen.“
Dr. Hans Jörg Schelling | PRAEVENIRE Präsident

„Es stellt sich die schwierige Frage, wie erreiche ich die Eltern. Informationen gibt es ausreichend. Aber wenn die nicht zu den Menschen vordringen, stehen wir vor einer großen Herausforderung.“
Dr. Jacqueline Jürs | Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung



Wir müssen Eltern bewusst machen, welche Vorbildwirkung sie für ihre Kinder haben und wie sie die Kinder positiv beeinflussen können.
Katharina Obrovsky

BioBox

Katharina Obrovsky, BEd studierte von 2012 bis 2015 an der Kirchlich Pädagogische Hochschule in Wien/Krems, und schloss ihr Studium mit dem Bachelor of Education ab. Zusätzlich machte sie eine Ausbildung zum Therapiehundeteam im Hundezentrum Wien Landstraße. Von 2015 bis 2016 war Obrovsky klassenführende Volksschullehrerin an der katholischen Privatschule De La Salle in Wien Rudolfsheim-Fünfhaus. Seit 2016 ist sie klassenführende Volksschullehrerin an der Öffentlichen Volksschule Cottagegasse 1180 in Wien Währing.



PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030
Block 4 | Gesundheitskompetenz & Prävention

Programm im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2019

KEYNOTES

- **Der HLS-EU Survey: wichtigste Ergebnisse für Österreich und Europa**
Univ.-Prof. Dr. Jürgen M. Pelikan | Competence Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care der GÖG
- **Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz**
Dr. Kai Kolpatzik, MPH, EMPH | AOK-Bundesverband, Abteilung Prävention der Geschäftsführungseinheit Versorgung
- **Wie bringt man die Bevölkerung dazu, Prävention zu machen?**
Univ.-Prof. Dr. Martin Kocher | Direktor des Instituts für Höhere Studien (IHS)
- **Prävention in der Sozialversicherung**
Mag. Caroline Krammer | Referentin für sozialversicherungsrechtliche und gesundheitspolitische Grundlagenarbeit in der Abteilung Sozialversicherung der Arbeiterkammer Wien
- **Gesundheitsbewusstsein der Kinder und Jugendlichen**
Katharina Obrovsky, BEd | Volksschullehrerin in Wien

PODIUMSDISKUSSION

- Dr. Gerald Bachinger | NÖ Patienten- und Pflegeanwalt und Sprecher der Patienten-anwälte Österreichs
- Mag. pharm. Hans Bachitsch | Apotheker-verband und Inhaber der Kreis Apotheke, Villach
- Dr. Jacqueline Jürs | Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
- Dr. Kai Kolpatzik, MPH, EMPH | AOK-Bundesverband, Abteilung Prävention der Geschäftsführungseinheit Versorgung
- Mag. Caroline Krammer | Referentin für sozialversicherungsrechtliche und gesundheitspolitische Grundlagenarbeit in der Abteilung Sozialversicherung der Arbeiterkammer Wien
- Mag. Dr. Peter Nowak | Leiter der Abteilung Gesundheit und Gesellschaft, GÖG
- Katharina Obrovsky, BEd | Volksschullehrerin in Wien
- Univ.-Prof. Dr. Jürgen M. Pelikan | Competence Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care der GÖG
- Dr. Peter Stippl | Präsident des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie



PIONIERE

Pilotprojekt aus Niederösterreich

Lückenlose Krankheitsdokumentation mit dem Onkologie-Informationssystem

In Niederösterreichs Krankenhäusern wurde vor vier Jahren das **ONKOLOGIE-INFORMATIONSSYSTEM (OIS)** eingeführt, das spitalsübergreifend eine lückenlose Dokumentation von Krebsfällen ermöglicht und damit einen wichtigen Beitrag im Kampf gegen Krebs leistet. | von Mag. Sabine Primes

Die Diagnose Krebs ändert das Leben von einem Moment auf den anderen. Eine Menge Fragen kursieren auf einmal im Kopf. Alleine im 1. Halbjahr 2019 gab es in Niederösterreich 576 Brustkrebskrankungen, gefolgt von 482 Darmkrebskrankungen und 452 Prostataerkrankungen. Diese exakten Zahlen liefert das neue Onkologie-Informationssystem (OIS) der Niederösterreichischen Landeskliniken Holding. Mit der — österreichweit erstmaligen — Einführung dieses Systems in Niederösterreich wurde ein neuer Baustein im Kampf gegen Krebs geschaffen. „Niederösterreich ist das erste und bisher einzige Bundesland in Österreich, in dem es eine vernetzte Tumor-Dokumentation durchgehend über alle Kliniken gibt“, hält Dr. Markus Klamminger, Medizinischer Geschäftsführer der NÖ Landeskliniken-Holding, fest. Das OIS verbindet alle 27 Klinikstandorte Niederösterreichs und soll so das gesamte onkologische Geschehen in Niederösterreich

FactBox

Die niederösterreichischen Landes- und Universitätskliniken in Zahlen

- 27 Klinikstandorte
- 7.600 Betten
- 3.800 Ärztinnen und Ärzte
- 10.700 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Bereich der Pflege
- Mit rund 168.000 operativen Leistungen und 1,97 Mio. Belagtagen pro Jahr ist sie der größte Klinikbetreiber Österreichs
- Jährlich zählen die Kliniken rund 350.000 stationäre Aufenthalte



Markus Klamminger, Medizinischer Geschäftsführer der NÖ Landeskliniken-Holding

strukturiert dokumentieren und die gesamte Krankengeschichte jeder niederösterreichischen Krebspatientin und jedes niederösterreichischen Krebspatienten abbilden.

Das Tumorboard: So wichtig wie die Therapie

Wird bei einer Patientin oder einem Patienten Krebs diagnostiziert, gilt es, sobald als möglich mit der Therapie zu beginnen. Diese wird durch die gemeinsame Fallbesprechung durch Expertinnen und Experten im Tumorboard gefunden. In diesem Team kommen Ärztinnen und Ärzte aus den verschiedenen

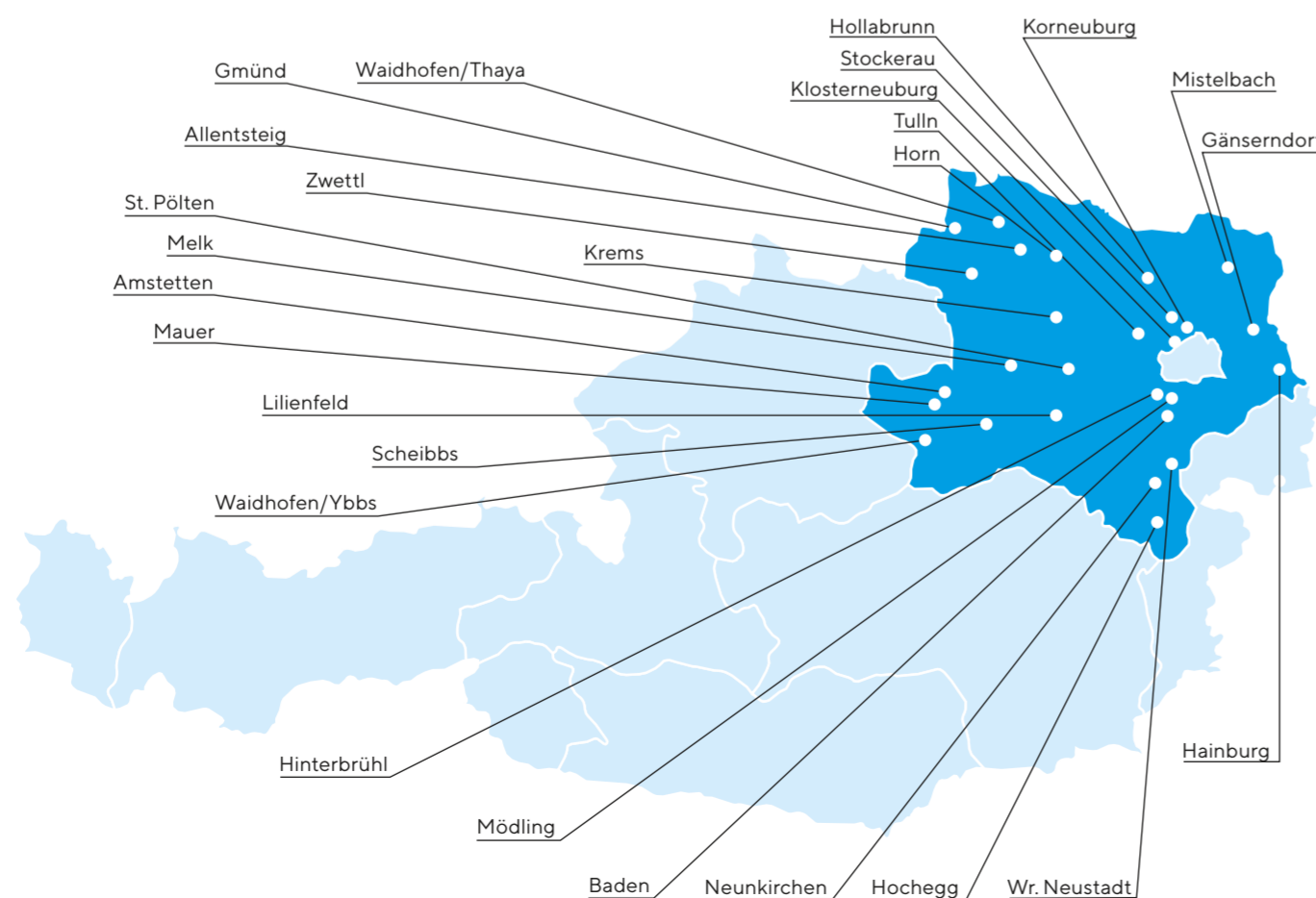
Niederösterreich ist das erste und bisher einzige Bundesland in Österreich, in dem es eine vernetzte Tumor-Dokumentation durchgehend über alle Kliniken gibt.

Markus Klamminger

Fachrichtungen zusammen — persönlich oder virtuell — und besprechen jeden neuen Krebsfall. 2018 gab es insgesamt 16.200 solcher Tumorboard-Vorstellungen. Diese

NÖ Landeskliniken-Holding — Größter Klinikbetreiber Österreichs

Gemeinsames Dach von 27 Klinikstandorten in Niederösterreich



© NÖ LANDESKLINIKEN-HOLDING

Vorgehensweise schafft einerseits Vertrauen bei den Patientinnen und Patienten, weil sich ein Gremium an Ärztinnen und Ärzten ihrer Krankheit annimmt, andererseits stellt es die Logistik vor eine große Herausforderung. Oftmals kann es für Patientinnen und Patienten erforderlich sein, verschiedene Spitäler für ihre Therapie aufzusuchen. Weil jedes Krankenhaus in Niederösterreich sein eigenes hausinternes Informationssystem hat, diese aber nicht miteinander vernetzt sind, konnte die Krankengeschichte einer Patientin oder eines Patienten nicht lückenlos aufgezeichnet werden. Aus diesem Grund begann man 2015 mit der Einführung des OIS in ganz Niederösterreich. Ziel war eine strukturierte und lückenlose Falldokumentation aller Krebsfälle in Niederösterreich zu gewährleisten. Nach der Beratung der Expertinnen und Experten im Tumorboard müssen alle Daten und Beschlüsse der Ärztinnen und Ärzte verpflichtend ins OIS eingetragen werden und sind damit für die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt im jeweiligen Klinikum abrufbar und ergänzbar. Diesem Tumorboard zu Beginn der Therapie käme die gleiche Wichtigkeit im Krankheitsverlauf zu wie sonst irgendeiner Art der Therapie, ist Mag. Sandra Gottsauner-Wolf, Fachkoordinatorin für Onkologie und Forschung in der Abteilung Medizinische Betriebsunterstützung der Holding-Zentrale, überzeugt.

Funktionsweise der OIS

In einem gut zweijährigen Prozess wurde das OIS mit Medizinerinnen und Mediziner aus den NÖ Kliniken so konfiguriert, dass es systematisch durch den Krankheitsverlauf führt. Öffnet man das Programm, gelangt man nach Anmeldung zur Übersicht, die in chronologischer Reihenfolge in „Ersterkrankung, Hinweis verfügbarer Studien in NÖ, Diagnostik, Tumorboard, Therapie, Dekurs, weitere Tumore, Lokalrezidive, Metastasen, Abschluss“ gegliedert ist. In die verschiedenen Kategorien werden sodann alle Fakten, die unmittelbar mit der Krebserkrankung in Verbindung stehen, aber auch Informationen, die für die weitere Therapie bedeutsam sind (z. B. Allergien, Unverträglichkeiten, Vorerkrankungen) in die entsprechende Kategorie eingetragen. Die Daten liegen auf einem zentralen Server der Landeskliniken Holding und können — web-basiert — mittels Browser von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten jederzeit aufgerufen und vervollständigt werden. Um die Fehleranfälligkeit möglichst niedrig zu halten, wurden bei der Konzeption des Tools Schnittstellen bzw.

Datenexportmöglichkeiten zu anderen Informationssystemen einkalkuliert. So ist das OIS spitalsübergreifend einsetzbar und kann beispielsweise die Stammdaten der Patientin oder des Patienten automatisch mit den verschiedenen Krankenhaus-Informationssystemen abgleichen. Ein Hin- und Herschicken von Befunden ist damit nicht mehr nötig. Um die Vollständigkeit und Sicherheit der Daten garantieren zu können, wird zusätzlich jedes Quartal bei mehr als 6.500 Patientinnen und Patienten die Vollständigkeit der Daten erhoben. Sollte etwas fehlen, wird zeitnah nachgetragen. Bis dato sind mehr als 43.000 Krankheitsfälle dokumentiert — Tendenz steigend. „Das OIS ist ein umfassendes, tägliches Arbeitsinstrument, um onkologische Patientendaten zu erfassen und die laufende Betreuung der Patientinnen und Patienten festzuhalten. Unsere Ärztinnen und Ärzte können mit diesem Informationssystem den bestmöglichen Nutzen für unsere Patientinnen und Patienten erzielen und so auch die Chancen, eine Krebserkrankung zu überleben, weiter steigern“, so Dr. Silvia Bodi, MSc, stellvertretende medizinische Geschäftsführerin der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding.

Vorteile für Patientinnen und Patienten sowie Medizin

Das OIS bringt enorme Vorteile für Patientinnen und Patienten. Weil jeder Krankheitsverlauf von Tumorpatientinnen und -patienten in seiner Gesamtheit — unabhängig in welchem Klinikum sie die Diagnose erhalten — umfassend erfasst wird, repräsentiert das OIS das gesamte onkologische Geschehen in den NÖ Landes- und Universitätskliniken. Es sichert die Transparenz, dass jede Patientin



Silvia Bodi, stellvertretende medizinische Geschäftsführerin, Niederösterreichische Landeskliniken-Holding



Das System ermöglicht den behandelnden Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus jederzeit einfach und übersichtlich einen Einblick in die aktuelle Behandlungssituation der Patientinnen und Patienten zu bekommen.

Silvia Bodi

und jeder Patient mit einer malignen Neuerkrankung im Tumorboard vorgestellt wird und bietet kompakte Information zum gesamten Krankheitsverlauf. Die Interdisziplinarität des OIS — also die Nutzung des Programms in allen medizinischen Fachrichtungen — ermöglicht das Zusammentragen aller Facetten jeder individuellen Krankengeschichte. Die gewonnenen Patientendaten können weiterführend für die Forschung genutzt werden. So können bessere und exaktere Prognosen und Analysen gemacht werden, etwa wie viele Patientinnen und Patienten für eine neue Behandlungsmethode in Frage kommen — Zahlen, die für Spitalsplanung und Budgetierung von Relevanz sind. Durch diese flächendeckende vernetzte Dokumentation wird erst eine evidenzbasierte, objektive Bewertung von Therapien ermöglicht.

Sandra Gottsauner-Wolf, Fachkoordinatorin für Onkologie und Forschung in der Abteilung Medizinische Betriebsunterstützung der Holding-Zentrale

So kann eine lückenlose Übermittlung aller meldepflichtigen Patientendaten für die Krebsstatistik Austria garantiert werden. Außerdem integriert das OIS das bundesweite Brustkrebsfrüherkennungsprogramm und alle in Niederösterreich stattfindenden onkologischen Zertifizierungen, z. B. Brustgesundheitszentren in St. Pölten und Wiener Neustadt. Das System vereint — zum Teil bundesländerübergreifende — Plattformen und Parameter, darüber hinaus besteht die Möglichkeit, weitere Registeranbindungen durchzuführen, z. B. Tiroler Register in der gynäkologischen Onkologie.

Durch die Entwicklung des OIS wird erst eine evidenzbasierte, objektive Bewertung von Therapien ermöglicht. Alle onkologisch tätigen Ärztinnen und Ärzte in Niederösterreich tragen zum Aufbau einer wissenschaftlich nutzbaren Datenbasis bei. Das macht das Onkologie-Informationssystem zu einem Dokumentations- und Analysetool. In Niederösterreich hat sich das System bereits bewährt. Ob andere Bundesländer nachziehen, wird sich zeigen. „Wenn es darum geht, etwas Neues zu entwickeln, bin ich gerne dabei“, blickt Gottsauner-Wolf optimistisch in die Zukunft. P

Beispiele für konkrete Anfragen: komplexeste Tumorauswertungen



© NÖ LANDESKLINIKEN-HOLDING, KATHARINA SCHIFFEL

Seltene Erkrankung „Phosphatdiabetes“ im Fokus

SELTENE ERKRANKUNGEN rücken zunehmend in das öffentliche Interesse. Im Rahmen eines Round Tables diskutierten medizinische Fachexpertinnen und -experten, relevante Stakeholder und gesundheitspolitische Entscheidungsträger aktuelle Fragen und Lösungsansätze des Zugangs zu innovativen Therapien für Seltene Erkrankungen im Sinne einer Verbesserung der Versorgungs- und Finanzierungssituation. | von Mag. Dren Elezi, MA

In Österreich ist von rund einer halben Mio. Menschen auszugehen, die von Seltene Erkrankungen betroffen sind. Vor allem in den letzten Jahren wurden im Bereich der Forschung wissenschaftliche Durchbrüche bei Behandlungs- und Diagnosemethoden erreicht. Anlässlich des Round Tables begrüßte Dr. Axel Döb, Market Access und Health Policy Director bei Kyowa Kirin D-A-CH, die Expertinnen und Experten mit einleitenden Worten und freute sich auf einen regen Austausch. „Wir freuen uns, heute Abend mit Ihnen über die Herausforderungen insbesondere bei der Versorgung von Menschen mit Seltene Erkrankungen diskutieren zu können und hoffen, dass wir neue Impulse im Sinne einer Verbesserung der Versorgungs- und Finanzierungssituation setzen können.“ Ein Beispiel ist die X-chromosomale Hypophosphatämie (XLH) bzw. Phosphatdiabetes, die durch einen drastisch verringerten Serumphosphat-Wert gekennzeichnet ist. Phosphat, das im menschlichen Körper etwa für den Aufbau von Zähnen und Knochen unerlässlich ist, wird vor allem zur Aufrechterhaltung von deren Festigkeit benötigt. „Die Folgen sind weiche Knochen, Rachitis, Kleinwüchsigkeit oder Zahnabzesse. Die Ursache der Erkrankung ist eine genetische Veränderung im PHEX-Gen, die zu einer vermehrten Bildung des Fibroblasten-Wachstumsfaktor-23-Hormons (FGF23) führt. Das in den Knochenzellen gebildete FGF23 reguliert die Synthese von aktivem Vitamin D und die Phosphatausscheidung der Nieren. Steigt durch den genetischen Defekt die FGF23-Konzentration, kommt es zu einer vermehrten Phosphatausscheidung über die Nieren bzw. den Harn“, so Dr. Dirk Maessen, Leiter der Abteilung Seltene Erkrankungen bei Kyowa Kirin, der die Folgen der Seltene Erkrankung Phosphatdiabetes in seiner Keynote beschrieb.

Burosumab als Hoffnung für die Betroffenen
Trotz der Behandlung mit bisherigen konventionellen Therapien leiden auch weiterhin viele betroffene Kinder an Beinachsenfehlstellung, Kleinwuchs, Knochenschmerzen, was die

Die zahlreichen Expertinnen und Experten diskutierten beim Round Table aktuelle Fragen und Lösungsansätze des Zugangs zu innovativen Therapien für Seltene Erkrankungen, um eine Verbesserung der Versorgungs- und Finanzierungssituation zu ermöglichen.

Lebensqualität der Betroffenen deutlich einschränkt. Zur Behandlung der seltenen Knochenerkrankung wurde von Kyowa Kirin ein revolutionärer Wirkstoff entwickelt, der vielen betroffenen Menschen Hoffnung gibt. „Der Behandlungsansatz von Burosumab ist im Grunde das Erreichen einer physiologischen Knochenmineralisation mit regelrechter Beinachsenstellung der Patientinnen und Patienten. Burosumab ist ein rekombinanter humaner monoklonaler IgG1-Antikörper, der an FGF23 bindet und dadurch dessen Aktivität am FGF-Rezeptor im Nierentubulus hemmt. Dadurch kann die Behandlung mit Burosumab eine normale Phosphatresorption in der Niere wiederherstellen“, erklärte Maessen. Burosumab wird zur Behandlung von Kindern ab einem Jahr und Jugendlichen in der Skelettwachstumsphase mit X-chromosomaler Hypophosphatämie (XLH) und röntgenologischem Nachweis einer Knochenerkrankung angewendet. In der EU ist Burosumab seit 2018 für Kinder ab einem Jahr mit Phosphatdiabetes zugelassen. Unmittelbar danach folgte die Zulassung in den USA, in Kanada und in Japan und im Jahr darauf für Kinder ab einem Jahr und Erwachsenen mit XLH. Im September 2019 wurde bei der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) die Zulassungserweiterung für die erwachsenen Population eingereicht, die sich im Prüfprozess befindet. Im Moment sind es in Österreich ca. zehn junge Patientinnen und Patienten die mit Unterstützung von Kyowa Kirin behandelt werden.

Konsens im Sinne der Patientinnen und Patienten

Dr. Christoph Österreicher, Medical Advisor bei Update Europe wies darauf hin, „dass es mehr als 8.000 Seltene Erkrankungen gibt, wobei 80 Prozent der Fälle genetisch bedingt sind. Das bedeutet, dass von den lebendgeborenen Kindern bereits 3 bis 4 Prozent von einer Seltene Erkrankung betroffen sind, die Hälfte der Seltene Erkrankungen manifestiert sich erst im Erwachsenenalter. Sie können also jeden treffen und jede Woche werden neue Seltene Erkrankungen definiert.“ Österreicher ist der Ansicht, dass für diese Personen von Seiten

der Sozialversicherung eine Lösung gefunden werden muss. „Das duale System in Österreich, niedergelassener und stationärer Bereich, deckt die Finanzierung unterschiedlich ab, sodass sich auch gewisse Spannungen bei der Kostenübernahme ergeben“, so der Experte. Die Frage sei aber, was man aus der Sicht der Patientinnen und Patienten tun könne, damit es zwischen dem niedergelassenen Bereich, den Krankenhäusern und Zahlern zu einem Konsens kommt, damit Patientinnen und Patienten an eine Therapie angebunden werden. Laut Österreicher ist auch die Zulassung der Medikamente eine große Herausforderung, da etablierte Standards z. B. in der klinischen Entwicklung, wie randomisierte, Placebo-kontrollierte Doppelblindstudien mit üblichen Patientenzahlen (> 100 pro Studienarm) aufgrund der Seltenheit der meisten Erkrankungen (< 1:100.000) nicht durchgeführt werden können. Die EMA hat für die Zulassung von Arzneimitteln für die Behandlung von Seltene Erkrankungen (orphan medicines) daher auch ein eigenes Verfahren etabliert. In den Jahren 2000 bis 2018 wurden 2.121 Anträge in diesem Sinne gestellt, aber nur 161 Zulassungen erteilt. „Letztlich ist es sehr selten, dass Medikamente und Arzneimittel für die „Behandlung von Seltene Erkrankungen durch ein zentrales Organ auch zugelassen werden trotz entsprechender Entwicklungskosten auf Seiten der Industrie, die sich amortisieren müssen.“ Als positiv erachtet Österreicher, dass 6 bis 8 Prozent der Menschen, die an Seltene Erkrankungen leiden, mit Forschungsaktivitäten unterstützt werden.

Eine große Belastung für Betroffene

Aufgrund der Seltenheit einzelner Krankheitsbilder sind Betroffene und ihre Angehörigen häufig mit besonderen Problemlagen konfrontiert. Doris und Michael Prochaska von der Selbsthilfegruppe Phosphatdiabetes Österreich kennen die Situation aus eigenen Erfahrungen und betonten, dass „sehr viele Menschen das Problem haben, dass eine Diagnose nicht frühzeitig gestellt wird. Vor allem bei nicht erkrankten Eltern ist das Problem, dass Anzeichen bei ihren Kindern nicht frühzeitig erkannt werden. Um bessere Ergebnisse zu erzielen,



Selbsthilfegruppe bzw. Patientengruppe gibt.“ Dabei fordern sie ein Engagement und eine bessere Unterstützung durch den Staat, so dass „Eltern in solch einer schwierigen Situation nicht alleine gelassen werden und alles selber tun müssen. Wir als Patientengruppe können hier mit Informationen sehr viel dazu beitragen, dass mehr bewirkt wird.“

Zentrumslösung für mehr Expertise

Aus Sicht von Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Högler, Vorstand bei der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde in Linz, ist es sehr wichtig, dass Kinder und Familien mit Seltene Erkrankungen Anschluss finden. „Sie sind isoliert, denn bei einem Verhältnis von eins zu 100.000 ist es kaum möglich, Betroffene in unmittelbarer Umgebung zu finden“, so Högler. Er bekräftigte zudem, dass „wenn man an tertiäre Medizin glaubt und wirkliche Expertisezentren für Seltene Erkrankungen in Österreich etablieren will, es zwei Möglichkeiten gibt: Entweder man bestimmt die Anzahl der Zentren (im Wesentlichen die Universitätskliniken), die behandeln und verschreiben dürfen und stattdessen diese mit einem zentral regulierten finanziellen Budget aus. Die andere Möglichkeit ist eine länderübergreifende Finanzierung, so dass die Patientinnen und Patienten auch in anderen Bundesländern behandelt werden können. Die Bundesländer als Einzugsgebiet sind zu klein um genug Expertise für Seltene Krankheiten als Zentrum aufzubauen. Die Selbsthilfegruppen sind gefragt sich mit uns Experten für überregionale Zentren einzusetzen“, gab Högler zu bedenken.



Auch Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhold Kerbl, Vorstand der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde vom Landeskrankenhaus Leoben, war der Ansicht, dass Zentren für Seltene Erkrankungen der richtige Weg sind und plädierte für eine zentrale Steuerung und eine dezentrale Versorgung. Gleichzeitig betonte Kerbl, dass neben den Zentren die Nicht-Zentren ebenso wichtig sind, denn es muss erst jemand erkennen, dass es sich um eine Seltene Erkrankung handelt. „Daher brauchen wir neben den Zentren auch exzellente nicht-zentrale Kinderabteilungen sowie nicht-zentralisierte niedergelassene Kinder- und Jugendärzte, die entsprechend ausgebildet und informiert sind.“

Die Eltern schilderten auch die Anfangsschwierigkeiten, wonach der Kontakt zu anderen Patientinnen und Patienten in Österreich nicht vorhanden war und deshalb eine Selbsthilfegruppe in Deutschland aufgesucht wurde, bis sie selbst eine Selbsthilfegruppe in Österreich gegründet haben. „Die Selbsthilfegruppe haben wir in Niederösterreich vor etwa fünf Jahren eingetragen und dann Kontakte geknüpft. Mittlerweile gibt es Kontakte zu mehreren Familien, auch aus anderen Bundesländern. Wir hoffen, dass dadurch Bewusstsein geschaffen werden kann und die Ärztinnen und Ärzte aufmerksam werden, dass es eine

Neue Finanzierungsmodelle

Laut Mag. Markus Satory, Mitglied des „Standing Committee Rare Diseases“ der PHARMIG, wird in Österreich „mit einem Finanzierungsmodell gearbeitet, das sich für die therapeutischen Entwicklungen der letzten

- 1 Axel Döb, Market Access und Health Policy Director bei Kyowa Kirin D-A-CH
- 2 Dirk Maessen, Leiter der Abteilung Seltene Erkrankungen bei Kyowa Kirin

20 Jahre bewährt hat, aber nicht dafür geeignet ist, die Innovationen der Zukunft zu finanzieren.“ Es brauche für die zunehmend spezialisierte Medizin neue systemübergreifende Modelle. Satory betonte, dass es auch für die pharmazeutische Industrie einheitliche Bedingungen in Österreich geben sollte, denn „so groß ist Österreich nicht, dass wir neun Varianten für die Behandlung von Patientinnen und Patienten benötigen oder neun Definitionen, was der Nutzen und der Wert einer Therapie ist.“ Dies würde für alle Beteiligten zu einer besseren Planbarkeit führen und — im Interesse der österreichischen Patientinnen und Patienten — die gemeinsame Arbeit an der Bereitstellung und an der nachhaltigen Finanzierbarkeit von innovativen Arzneimitteln ermöglichen, so Satory.

Prim. Univ.-Prof. Dr. Christian Huemer, stv. Chefarzt und Leiter der Abteilung Kinder- und Jugendheilkunde vom Landeskrankenhaus Bregenz, bekräftigte, dass sehr viel Zeit verloren gehe, bis eine Diagnose einer Seltene Erkrankung gestellt wird. Das stelle laut Huemer ein großes Problem dar, für das es Expertise benötige. „Diesbezüglich muss man einen Schritt vorankommen. Hier wird ein nationales Programm benötigt, wo wir in den Kliniken die Finanzierung aus einem Topf haben und nicht ständig Zeit investieren müssen, um die Kostenfragen zu klären“, so Huemer. „Wenn nicht entschieden wird, wer wo und wann therapiert wird, geht das zu Lasten der Patientinnen und Patienten. Bei Seltene Erkrankungen muss daher eine Bundeslösung gefunden werden und es darf nicht zwischen den Patientinnen und Patienten der einzelnen Bundesländer unterschieden werden“, so Huemer abschließend. P

Teilnehmende

- Univ.-Prof. Dr. Johann Deutsch | Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde
- Dr. Axel Döb | Market Access und Health Policy Director bei Kyowa Kirin D-A-CH
- Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Högler | Vorstand der Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde am Kepler-Universitätsklinikum Linz
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Christian Huemer | Stellvertretender Chefarzt und Leiter der Abteilung Kinder- und Jugendheilkunde, Landeskrankenhaus Bregenz
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhold Kerbl | Vorstand der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde vom Landeskrankenhaus Leoben
- Dr. Dirk Maessen | Leiter der Abteilung Seltene Erkrankungen bei Kyowa Kirin
- Dr. Nikta Zamanzadeh | Medical Science Liaison Manager, Kyowa Kirin
- Dr. Christoph Österreicher | Medical Advisor, Update Europe
- Marion Pfaffel | Medical Scientific Liaison Manager, Kyowa Kirin
- Doris Prochaska | Phosphatdiabetes Österreich
- Michael Prochaska | Phosphatdiabetes Österreich
- Mag. Markus Satory | Mitglied des „Standing Committee Rare Diseases“ der PHARMIG
- Selina Seiler | Kyowa Kirin Schweiz
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Klaus Schmitt | ehem. ärztlicher Direktor des Kepler Universitätsklinikums Linz
- Univ.-Prof. Dr. Franz Waldhauser | Facharzt für Kinder- u. Jugendheilkunde und AG Schwerpunktsetzung, Politische Kindermedizin (PKM)
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Sperl | Vorstand der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Uniklinikum Salzburg



© FRANZ NEUMAYR (4)

360° Blick

Patientenregister und Biobanken für seltene Erkrankungen

Der Patientennutzen im Fokus

Wie der Name schon sagt, ist die Patientenzahl jeder einzelnen seltenen Erkrankung eher gering. Darum ist es nicht immer einfach, rasch eine korrekte Diagnose zu stellen. Oft fehlt das einschlägige Fachwissen, es mangelt aber auch an verlässlicher, einheitlicher und vernetzter Dokumentation. Für den Wissensaufbau zu seltenen Erkrankungen, die Grundlagenforschung, klinische und epidemiologische Studien sowie die Anwendungsbeobachtungen neuer Therapien sind Patientenregister und Biobanken unerlässlich.

Ein Patientenregister ist ein organisiertes System zur Zusammenführung ausgewählter Patientendaten. Beobachtungsdaten werden darin gesammelt, ausgewertet und angewandt. Welche Daten gesammelt werden, hängt von den konkreten Forschungsfragen und oft von den verfügbaren personellen Ressourcen ab. Eine Biobank ist eine strukturierte Sammlung menschlicher Gewebe- oder Blut-



Dr. Rainer Riedl, Obmann von Pro Rare Austria

proben sowie anderem Körpermaterial, die ebenfalls der Forschung und der Dokumentation dient.

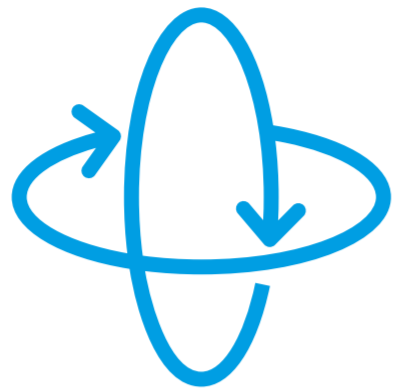
„In Registern werden Informationen zur Krankheit und zum Behandlungsverlauf gesammelt. Patientinnen und Patienten stellen ihre Daten zur Verfügung und unterstützen so den Aufbau von Registern und in Folge die Entwicklung von Medikamenten. Sie möchten aber auch wissen, was mit ihren Daten passiert und wer Zugriff hat. Darüber hinaus möchten sie im Bedarfsfall auch Einblick nehmen“, unterstreicht Günther Wanke, Obmann des Lungenfibrose Forums Austria.

Die Betreiber von Patientenregistern und Biobanken sind verpflichtet, besonders Augenmerk auf die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu legen. So ist vulnerablen Gruppen, wie Kindern oder Menschen mit Behinderung, besonderer Schutz einzuräumen, da diese nicht oder nur eingeschränkt zustimmungsfähig sind. Höchst sensible Daten dürfen nicht in falsche Hände geraten,

sonst kann es zu groben Benachteiligungen von jenen kommen, die ohnehin schon ein schwieriges Schicksal zu tragen haben. Die sichere und gemeinsame Nutzung medizinischer Daten ist aber ein zentrales Anliegen vieler Patientenorganisationen. In einer Umfrage zum Thema „Seltene Erkrankungen in Österreich“ (GÖG, 2012) unter Betroffenen, Angehörigen und Gesundheitsdienstleistern wurde auch nach Patientenregistern gefragt. Der Großteil der Befragten sprach sich für Register aus, von welchen sie sich Fortschritte in der Forschung und eine raschere Therapieentwicklung erhoffen. Eine Mitgliederbefragung von Pro Rare Austria aus dem Jahr 2018 zeigt, dass Patientenregister tendenziell nur für jene Erkrankungen vorhanden sind, die von besonderem wissenschaftlichem und wirtschaftlichem Interesse sind oder einen bestimmten Bekanntheitsgrad erlangt haben. Sehr oft sind diese Register nicht vernetzt.

Die EUCERD (European Commission — Expert Group on Rare Diseases) empfiehlt daher seit längerem einen internationalen Zusammenschluss von Patientenregistern. Eine wichtige Voraussetzung ist dabei die Einbeziehung aller Interessensgruppen, also Patientinnen und Patienten, politische Entscheidungsträger, Forscher, Ärztinnen und Ärzte und die Industrie. Zu regeln ist nicht nur die Konzeptionierung von Registern, sondern auch deren Erhaltung und Regulierung. Im Mai 2019 folgte ein Aufruf der CHAFAEA (Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit, Landwirtschaft und Ernährung) zur Einreichung einschlägiger Projekte durch die Europäischen Referenznetzwerke für seltene Erkrankungen (ERN). Fünf ERNs, nämlich ERKNet, Endo-ERN, MetabERN, ERN-LUNG und ERN PaedCan haben mittlerweile finanzielle Unterstützung aus dem Förderprogramm erhalten und arbeiten an Registern für ausgewählte seltene Erkrankungen. 

 www.prorare-austria.org



Wiener Notarztztage

Wie kommt der richtige Patient ins richtige Krankenhaus?

Im Rahmen der 3. WIENER NOTARZTTAGE lud der Verein zur Förderung von Wissenschaft und Forschung (vfwf) gemeinsam mit der PERI Group zu einer Podiumsdiskussion, bei der unter den Teilnehmenden einhelliger Tenor herrschte, dass der Ist-Status der präklinischen Notfallmedizin in Österreich sehr gut ist, die Treffgenauigkeit in der Spitalsauswahl allerdings längst nicht perfekt. | von Mag. Petra Hafner

Es gibt ein „Gießkannenprinzip der Notfallmedizin“, demzufolge es „zu einer gleichmäßigen Verteilung über Krankenhäuser einer Stadt oder Region kommt — unabhängig vom Grad der Erkrankung, Verletzung und anderen Begleitumständen — sondern ausschließlich mit dem Ziel, die Patientinnen und Patienten möglichst ausgeglichen zu verteilen.“ Dieses erläuterte a. o. Univ.-Prof. Dr. Harald Willschke von der Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie, MedUni Wien/AKH Wien in seiner Keynote bei der vom Verein zur Förderung von Wissenschaft und Forschung (vfwf) gemeinsam mit der PERI Group veranstalteten Podiumsdiskussion „Wie kommt der richtige Patient ins richtige Krankenhaus?“ im Rahmen der 3. Wiener Notarztztage Mitte Oktober. „Wir müssen uns zugestehen, dass auch in Wien nicht jedes Krankenhaus alles leisten kann. Die im Masterplan 2030 geplante berufs- und fächerübergreifende Schwerpunktsetzung ist ein Beginn. Auch in der präklinischen Notfallmedizin sollten wir Patientenströme lenken“, regte Willschke an, denn die entscheidende Frage sei, „wie kommt der richtige Patient in das richtige Krankenhaus.“




tor Public Sector und Healthcare bei A1 Telekom Austria AG, Bezug. „Am Anfang steht das Wählen von 122, 133 oder 144. Wenn das nicht funktioniert, haben wir ein großes Problem“, so Uher. Demzufolge müsse es Notfallprozedere geben, wie man handlungsfähig bleibt, wenn die Technik nicht mehr funktioniert.

Föderalismus als Hürde

CPT Reinhard Kraxner, Geschäftsführer der ÖAMTC Flugrettung strich in der Podiumsdiskussion die steigende Bedeutung der Flugrettung bei schweren Diagnosen wie Herzinfarkt oder Hirnblutung hervor. „Wir erreichen einen raschen Transport, haben aber bedingt durch den Föderalismus gerade in Ostösterreich ein Problem, dass ich beispielsweise einen Patienten im Osten Niederösterreichs aufnehmen und nicht nach Wien, sondern St. Pölten fliege, weil er dort zu versorgen ist. Damit verlieren wir wertvolle Zeit“, so Kraxner. „Es muss ein Commitment geben, dass Akutpatientinnen und -patienten im Idealfall von den richtigen Krankenhäusern aufgenommen und akut versorgt werden. Danach können sie immer noch verlegt werden“, unterstrich Dr. Harald Mayer, 3. Vizepräsident der Österreichischen Ärztekammer, Obmann Bundeskurie angestellte Ärzte. Eine strukturierte Patientensteuerung und -leitung ist nach Ansicht Mayers ein Lösungsansatz, der allerdings gesellschaftspolitisch schwierig umzusetzen sei.

v. l.: Matthias Stark, Mario Krammel, Sigrild Pilz, Harald Willschke, Christine Radtke, Harald Mayer, Reinhard Kraxner, Peter Uher

Direkte Kommunikation statt „Stiller Post“

vfwf-Präsidentin Univ.-Prof. Dr. Christine Radtke, MBA, FEBOPRAS, brachte ihre Erfahrung als Leiterin der Abteilung Plastische und Rekonstruktive Chirurgie an der Universitätsklinik für Chirurgie, MedUni Wien ein: „Ein Stolperstein ist letztendlich immer die Frage, wo die Trennlinie zu ziehen ist. Die Frage ist eigentlich, wie können wir die Behandlungswege optimieren, die Kommunikationswege verbessern und klarstellen, dass auch vor Ort die Diagnosen richtig gestellt beziehungsweise eingeschätzt werden. Das sind mehrere Punkte, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten.“ Dr. Matthias Stark, Strategischer Leiter Medical Department bei Martin Flugrettung gab in dem Zusammenhang zu bedenken, „dass viele Notärztinnen und Notärzte für ihre Entscheidungen alleinverantwortlich sind.“ Strukturierte Versorgungsleitlinien würden zu einer effektiveren Gestaltung im präklinischen Bereich führen, regte Stark an. „Wenn eine hochspezialisierte Medizin eingeleitet wird, ist die Behandlung an der Patientin bzw. am Patient noch nicht abgeschlossen. Es muss standardisierte Prozesse geben, wohin man die Patientinnen und Patienten adäquat verlegen kann, um die hochspezialisierte Behandlung wiederum viel schneller für andere Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu haben“, schloss die Gastgeberin Univ.-Prof. Dr. Christine Radtke den Bogen der Podiumsdiskussion. 



Gemein(d)sam

Bürgermeister gesucht?

Aktuelle Urteile bringen Bürgermeisterinnen und Bürgermeister immer öfter unter Druck




In den letzten Wochen haben einige Urteile gegen Bürgermeister für Aufsehen gesorgt. Am prominentesten war sicher die Verurteilung des ehemaligen Bürgermeisters von Salzburg, Heinz Schaden. Es gibt nichts schönzureden: Das Urteil hat eindeutig eine abschreckende Wirkung auf alle Bürgermeisterinnen und Bürgermeister. Denn sie müssen für vieles Haftung übernehmen und sind dabei mit einem hohen Klagerisiko konfrontiert. Die Haftungen gehen dabei bis in den persönlichen Bereich. Klar ist, wenn es um politische Entscheidungen geht, die sich im Nachhinein als falsch herausstellen, braucht es einen rechtlichen Rahmen, damit man als Bürgermeister nicht in den privaten Ruin getrieben wird.



Mag. Alfred Riedl, Präsident des Österreichischen Gemeindebundes

Andere Urteile zeichnen ein ähnliches Bild: Gegen zwei Bürgermeister in Salzburg wurden etwa Strafverfahren wegen Übertretung des Pflegegesetzes durch die Aufsichtsbehörde eingeleitet. Das Unbegreifliche dabei: Die Bürgermeister trifft nicht einmal der Hauch einer Schuld, da ihre Gemeinden den Betrieb der Pflegeeinrichtungen an einen externen Betriebsführer vergeben hatten. Die Bürgermeister befinden sich dabei in einer regelrechten Haftungsfalle. Anderes Beispiel: Im Rechtsgutachten eines renommierten Strafrechtsexperten der Universität Salzburg wurde festgestellt, dass mit der Nichtannahme von Ausgleichszahlungen durch einen Stromkonzern ein hohes strafrechtliches Risiko für die einzelnen Gemeindevertreterinnen und -vertreter verbunden ist

— auch dann, wenn die Gemeinde das Projekt (Stichwort: 380 kV-Leitung) inhaltlich eindeutig ablehnt. Diese Fälle — wie viele andere auch — zeigen deutlich den legislativen Handlungsbedarf auf Bundesebene im Bereich des Strafrechtes und des Verwaltungsstrafrechtes auf. Sie machen auch deutlich, wie sehr sich Bürgermeisterinnen und Bürgermeister mit der Übernahme des Amtes einem hohen Haftungsrisiko aussetzen. Wen verwundert es also, dass viele Ortschefinnen und -chefs bei der Suche nach ihrer Nachfolgerin bzw. ihrem Nachfolger Alarm schlagen? Auch wenn keine Verurteilung durch die Gerichte erfolgt, sehen sich Bürgermeisterinnen und Bürgermeister oft einem sehr belastenden Prozessrisiko ausgesetzt. Anonyme Anzeigen, die ein Verfahren nach sich ziehen und auch ohne Verurteilung das politische Ende bedeuten. Von den immer häufiger werdenden persönlichen Angriffen und Beschimpfungen ganz abgesehen. Dazu kommen eine enorme Arbeitsbelastung und eine Entlohnung, die in keinem Verhältnis zur Verantwortung ähnlicher Stellungen in der Privatwirtschaft steht. Gemeinden mit rund 2.500 Einwohnerinnen und Einwohnern haben etwa 30 Beschäftigte, wo die Bürgermeisterin bzw. der Bürgermeister auch Dienstgeber ist.

Zum Amt des Bürgermeisters gehört natürlich eine große Portion Idealismus und Freude an der Arbeit mit und für die Menschen in der Gemeinde dazu. Bürgermeisterinnen und Bürgermeister sind teils rund um die Uhr erreichbar, meist zusätzlich zu ihren Hauptberufen. Sie setzen sich tagtäglich gemeinsam mit ihren Bürgerinnen und Bürgern für die Gestaltung des persönlichen Lebensumfeldes ein. Sie verdienen den vollen Rückhalt der Gesellschaft. Es kann nicht sein, dass die Angst vor Verurteilungen und unklaren Haftungsfragen mutige und zukunftsweisende Entscheidungen blockiert oder sogar verhindert. 

© MADINE BARAGD, SHUTTERSTOCK (B); FELICITAS MATERN

© GÜNTHER LANGEGGER



PLATTFORMEN

Out of the Box #4

Wissenschaft und Vulnerabilität

Zum bereits vierten Mal fand im November 2019 die von Dr. Elham Pedram, MBA, Business Unit Director bei Gilead Sciences, sehr erfolgreich initiierte VERANSTALTUNG „OUT OF THE BOX“ statt, bei der auch in diesem Jahr hochkarätige Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Medizin, Wissenschaft und Wirtschaft teilnahmen und welche die zahlreichen Anwesenden zum Querdenken inspirierte. | von Mag. Dren Elezi, MA

Unter dem Titel „Wissenschaft und Vulnerabilität“ fand die diesjährige Veranstaltung „Out of the Box“ statt, bei der die interessierten Teilnehmerinnen und Teilnehmer zum Querdenken eingeladen und von DI Dr. Clemens Schödl, Geschäftsführer von Gilead Sciences Österreich, begrüßt wurden. Im ersten Teil der Veranstaltung wurden die Chancen und die Herausforderungen der CAR-T-Zelltherapie in den Mittelpunkt gerückt, während der zweite Teil das Thema der Vulnerabilität aus verschiedenen Dimensionen in den Fokus setzte. Unter dem Vorsitz von Univ.-Prof. Dr. Ulrich Jäger, Professor für Hämatologie an der MedUni Wien und Leiter der Klinischen Abteilung für Hämatologie und Hämostaseologie am AKH Wien, beleuchteten die Expertinnen und Experten unterschiedliche Aspekte der CAR-T-Zelltherapie. Der renommierte Professor Michael R. Bishop, MD, Direktor des Cellular Therapy Programms, Abteilung für Hämatologie und Onkologie an der Universität Chicago, referierte zum Thema „CAR T Cells — Chicago Experience“. „When I came to the University of Chicago, I knew that Cellular Therapy was going to be the next large thing that would benefit our patients. We developed a strategic plan, we hoped to put us in a position to be a leader in this field. As a part of that, we wanted to maintain a strong association with the pharmaceutical companies. It is very hard to have the resources of the University of Pennsylvania or the National Cancer Institute, so we knew that we needed to work strongly with pharma and we wanted to provide an Environment that they would want to conduct their trials so that we could quickly implement the trials.“ Eine der Herausforderungen für die Zukunft der CAR-T-Zelltherapie sieht Bishop darin, herauszufinden, warum bestimmte Patientinnen und Patienten nicht auf die Therapie ansprechen. „The greatest challenge is to understand why certain patients do not respond to therapy and using that information to improve the efficacy of CAR T cell therapy. I do look forward to potential breakthroughs in this area within the next five years. This is such an exciting time and I think we will see significant advances in the treatment of cancer in the coming years“, so Bishop. Laut Professor Bishop verfügt die Universität Chicago im Bereich der CAR-T-Zelltherapie über ein breites Portfolio, während die klinischen Forschungsaktivitäten in diesem Bereich auch weiterhin sehr stark ausgebaut werden.

Apherese für CAR-T-Behandlung

Das Thema der Apherese für die CAR-T-Behandlung setzte Univ.-Prof. Dr. Nina



Worel von der Universitätsklinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin der MedUni Wien in den Mittelpunkt ihres Vortrags. „Eine unserer Herausforderungen in der Behandlung ist, dass Patientinnen und Patienten einen sehr dringenden Behandlungsbedarf haben und wir mit der nächsten Therapie bereits starten sollten. Es gibt nur einen sehr engen Zeitraum, in dem Leukozyten (als Ausgangsmaterial für CAR-T-Zellen) gesammelt werden können, um dann die nächste Therapie verabreichen zu können“, so Worel. Bei Patientinnen und Patienten, die in Studien behandelt werden, stelle sich ihr zufolge oft die Frage, ob der nächste verfügbare Slot dem eigenen Patienten zur Verfügung stehe, denn hier müssen bestimmte Kriterien beachtet werden, etwa, ob eine allogene Transplantation durchgeführt wurde (z. B. bei B-ALL), denn dann muss ein Abstand zur Leukozytensammlung von immerhin 12 Wochen eingehalten werden. „Diese Auswaschphasen gilt es bei der Behandlung schließlich mitzudenken, da die Einschlusskriterien in klinischen Studien sehr restriktiv und von Herstellern genau beschrieben sind.“ Laut Worel gibt es auch Herausforderungen, die es in der Apherese zu meistern gilt. „Wichtig ist, dass die Apherese optimiert wird, um ein optimales Ausgangsmaterial für die weitere Bearbeitung zur Verfügung zu stellen. Bei den unstimulierten Leukozyten, bei denen die Zellzahlen im Blut des Patienten sehr niedrig sind, ist es z. B. extrem wichtig, dass der Blutfluss konstant ist und die Verunreinigung

Mit freundlicher Unterstützung von Gilead Sciences GesmbH



v. I. Ulrich Jäger, Elham Pedram, Michael R. Bishop, Nina Worel, Felix Keil, Andreas Petzer, Richard Greil, Dominik Wolf, Clemens Schödl

des Leukozytenkonzentrates mit Erythrozyten so gering wie möglich ist.“ In Bezug auf die Leukapherese gelte es, das optimale Timing besser zu managen, so Worel. Eine weitere Herausforderung betreffe auch die Krankheitsprogression und den Bedarf einer nächsten Therapie, wo die Leukapherese so einzuplanen ist, dass keine Störfaktoren auftreten.

Ausblick auf die Zukunft von CAR-T

In der anschließenden Diskussion betonte Prim. Univ.-Prof. Dr. Richard Greil, Vorstand der Universitätsklinik für Innere Medizin III, Landeskrankenhaus Salzburg, dass er angesichts der momentanen Daten und der laufenden Studien die nächsten Schritte für die CAR-T-Zelltherapie als sehr optimistisch betrachtet. „Ich gehe davon aus, dass es die Erstlinientherapie erreichen wird, insbesondere bei den Hochrisikopatienten, unter denen die Therapieergebnisse mit herkömmlichen Methoden schlecht sind.“ Zudem ging Greil davon aus, dass es in Zukunft viel bessere Kombinationstherapien geben wird, dafür weniger Chemotherapien und mehr Kombinationen mit anderen Medikamenten. Laut Prim. Univ.-Prof. Dr. Dominik Wolf, Leiter der Univ.-Klinik für Innere Medizin V, Hämatologie und Onkologie an der MedUni Innsbruck, müsse auch die Frage der Finanzierbarkeit diskutiert werden. „Unsere Aufgabe ist es, die Entwicklung und den Bedarf für die Zukunft vorzuschauen. Am wichtigsten ist, dass in Österreich ein nationales Programm entwickelt wird und wir versuchen, eine Biobank aufzu-

stellen, wo die etwa 100 bis 150 behandelten Patientinnen und Patienten auch im Sinne der Forschung zur Verfügung stehen.“ Hier müssten allerdings die rechtlichen Rahmenbedingungen geklärt werden, ergänzte Wolf. Laut Prim. Univ.-Prof. Dr. Andreas Petzer, Leiter der Abteilung Interne I für Hämatologie mit Stammzelltransplantation, Hämostaseologie und Medizinische Onkologie am Ordensklinikum Linz, Barmherzige Schwestern, Elisabethinen, stehe schon die nächste Generation an CARs vor der Tür. „Wenn sich die CARs bzw. ähnliche zelluläre immuntherapeutische Ansätze in dem zu erwartenden Ausmaß erfolgreich weiterentwickeln, werden in zunehmendem Maße immer mehr größere Hämatologien und medizinische Onkologieeinheiten zelluläre Therapien anbieten müssen.“ Was die Finanzierbarkeit betrifft, geht Petzer davon aus, dass in Zukunft weitere Unternehmen auf den Markt drängen werden und es demnach zu einer entsprechenden Preiskorrektur kommen wird. Prim. Univ.-Prof. Dr. Felix Keil, Abteilungsvorstand der 3. Medizinischen Abteilung

v. I. Clemens Schödl, Alexander Gaiger, Marianne Schulze, Elham Pedram, Michael Lehofer, Richard Greil



im Wiener Hanusch Krankenhaus, geht davon aus, dass „in Zukunft mit einer Expansion des Bedarfs an T-Zell-Therapien zu rechnen sein wird“, was schließlich auch unter dem Aspekt der Infrastruktur und der Versorgungskonzepte im Bereich der T-Zelltherapie diskutiert werden muss. Gleichzeitig gab Keil zu bedenken, „dass die Langzeitergebnisse beobachtet und abgewartet werden müssen, denn es gibt das bekannte Problem der B-Zell-Aphasie.“ Laut Keil müsse man auch die viralen Komplikationen genau beobachten. „Allogene Transplantatdaten zeigen, dass vor allem bei jüngeren fitteren Patientinnen und Patienten die allogene Transplantation auch weiterhin eine valide Option ist und je nach Risikofaktor individuell diskutiert werden muss. Ein weiterer wichtiger Faktor, den Keil betonte und der in dieser Diskussion berücksichtigt werden müsse, ist der Zeitfaktor des Processings, bis Patientinnen und Patienten in Behandlung sind.“

Vulnerabilität im Fokus

Dr. Elham Pedram, MBA, Business Unit Director bei Gilead Sciences eröffnete den zweiten Teil der Veranstaltung von „Out of the Box“. Unter dem Vorsitz von Univ.-Prof. Dr. Alexander Gaiger, Universitätsklinik für Innere Medizin I, Klinische Abteilung für Hämatologie und Hämostaseologie an der MedUni Wien/AKH, beleuchteten die Expertinnen und Experten die Vulnerabilität aus verschiedenen Dimensionen. Prim. Univ.-Prof. Dr. Richard Greil betonte in seinem Impulsvortrag zum Thema Vulnerabilität im Gesundheitssystem und in der Forschung: „Wenn Vulnerabilität die Offenheit für Innovation, Veränderung und Transformation einer Gesellschaft mit sich bringt, dann muss das auch auf das Wertesystem zutreffen.“ Weiters bekräftigte Greil, die Bedeutung der „Unverzichtbarkeit der Streitbarkeit in der Medizin und der Emanzipation der Pflege durch Leistung“ und betonte, dass „es eine Restaurierung eines meritokratischen Wertesystems durch Exzellenz und Leistung sowie eine hohe Kritikfähigkeit und Wachsamkeit benötigt.“

Die zahlreichen Anwesenden beim bereits vierten „Out of the Box“ zum Thema Wissenschaft und Vulnerabilität, initiiert von Elham Pedram.

In seinem Vortrag bekräftigte Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Lehofer, Leiter der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie I am LKH Graz Süd-West, aus der Perspektive der Psychologie und Psychiatrie, dass Würde

erst dann gegeben sei, wenn der Mensch einen anderen nicht als Objekt behandle. „Eine gesunde Psyche ermöglicht uns, nahezu alles zu bewältigen. Wenn aber das Instrument, mit dem wir Situationen bewältigen wollen, erkrankt, ist man gegenüber neuen Herausforderungen sehr anfällig und hat eine sehr hohe Vulnerabilität.“ Die Frage, ob unter dem Aspekt der Vulnerabilität die Umwelt oder die Gene relevanter sind, beantwortete Lehofer damit, „dass alles 100-prozentig genetisch und 100-prozentig umweltbedingt ist, weil die Genexpression einen Auslösefaktor benötigt.“ Zudem ging Lehofer auf posttraumatische Belastungsstörungen als typische psychische Reaktion auf einschneidende Momente ein, die aus seiner Sicht erstaunlicherweise auch vererbbar seien, „womit sich Vulnerabilität auf biologischer Ebene bei Menschen in zweiter oder dritter Generation äußern kann.“

Vulnerabilität und Menschenrechte

Der Aspekt der Vulnerabilität in der Wirtschaft und Gesellschaft wurde von Mag. Gregor Demblin, Gründer des Start-ups myAbility, abgedeckt. Aufgrund eines Unfalls ist Demblin querschnittsgelähmt und musste mit 18 Jahren lernen, die neuen Herausforderungen seines Lebens im Rollstuhl zu meistern: „Aufgrund des Rollstuhls musste ich feststellen, dass viele Menschen nicht mehr gewusst haben, wie sie mit mir umgehen sollen. Leistung ist mir nicht mehr zugetraut worden.“ Das hat Demblin schließlich zu der Erkenntnis geführt, dass Vulnerabilität nirgendwo so offensichtlich sei, wie im Fall von schweren Erkrankungen oder Behinderungen. „Meine Vision ist es daher, Chancengerechtigkeit und bessere Lebensbedingungen für 15 Mio. Menschen mit Behinderung im deutschen Sprachraum zu schaffen.“ Je mehr Demblin die Barrieren in den Köpfen der Menschen bewusst geworden sind, umso mehr kam in ihm der Wunsch auf, die Gesellschaft zu verändern. Laut Demblin liegt der Grund für das geringe Bewusstsein der Gesellschaft darin, dass „über 90 Prozent der Behinderungen nicht sichtbar sind, weshalb wir von einem tabuisierten Phänomen sprechen.“

Dr. Marianne Schulze, freischaffende Menschenrechtskonsultantin und Juristin, widmete sich in ihrem Impulsvortrag der Frage, was Menschenrechte zur Frage der Vulnerabilität beitragen können bzw. welche Vorgaben die Menschenrechte rund um die Frage Vulnerabilität machen. „Vulnerabilität entsteht aus Umständen und nicht aus der Person heraus. Die Umstände verstärken allerdings eine Disposition, die manche Menschen aufgrund ihrer Erfahrung und Herkunft haben und die diese Personen in gewissen Situationen besonders verletzlich macht.“ Den Fokus legte Schulze auf die Frage, was getan werden könnte, „um in einer Situation der Vulnerabilität Sicherheit zu schaffen und die Würde des Menschen zu gewährleisten. Das Ziel der Menschenrechte sei, dass alle Menschen in Würde leben können.“ Laut der Juristin Schulze sei die Frage der Würde und das Phänomen, dass einem die Würde genommen wird, aus menschenrechtlicher Sicht sehr entscheidend für negative Erfahrungen, die Menschen machen. P



© FELICITAS HAFERN (3)

AT-GHT-2019-12-0021



PLATTFORMEN



60. Welldone Lounge: S.F.S. Progress

Mehr als 200 prominente Gäste nahmen am 23. Oktober bei der **60. WELLDONE LOUNGE** in den Wiener Börsensälen teil. Ehrengäste waren PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling und Gesundheitsökonom Dr. Thomas Czyponka. | von Mag. Petra Hafner und Mag. Sabine Primes

Die 60. Welldone Lounge stand unter dem Motto „S.F.S. Progress — Struktur folgt Strategie“. Mehr als 200 prominente Gäste aus Österreichs Gesundheit, Wirtschaft und Politik konnten von Welldone-Geschäftsführer Robert Riedl und Mag. Hanns Kratzer, Geschäftsführer der PERI Consulting, in den Wiener Börsensälen begrüßt werden. Ehrengäste der traditionellen Welldone Lounge waren diesmal PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling und Dr. Thomas Czyponka, Leiter des Bereichs Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik am Institut für Höhere Studien (IHS).

sation an die Strategie angepasst wird. Im Gesundheitswesen diskutieren und verhandeln wir viel zu oft und zu lange über Strukturen. Strategische Überlegungen und Entscheidungen kommen dabei viel zu kurz.“ Genau dieses Manko möchte die Initiative PRAEVENIRE Gesundheit 2030 unter ihrem Präsidenten Dr. Hans Jörg Schelling mit einem neuartigen Ansatz und der Erstellung des Weißbuchs „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ beheben. „Wir wollen eine patientenorientierte, wohnortnahe Versorgung sicherstellen. Um auch in Zukunft ein leistungsfähiges Gesundheitssystem mit der besten medizinischen Versorgung für die österreichische Bevölkerung zu gewährleisten, müssen wir im System Veränderungen durchführen“, so Schelling. Seit dem Kick-off im Mai arbeiten zahlreiche namhafte Expertinnen und Experten an der Erstellung des Weißbuchs, nun liegt ein Zwischenbericht mit ersten Essenzen vor, welche der PRAEVENIRE Präsident bei der Welldone Lounge präsentierte. „Ein effizientes Funktionieren des Gesundheitssystems verlangt eine gute Strukturierung

— ganz nach dem Leitsatz ‚structure follows strategy‘. Ausgehend von den Patientinnen und Patienten muss definiert werden, was benötigen diese wann, wo, von wem und in welcher Form“, betonte Schelling und hervor, „dass eine Finanzierung aus einem Topf die Chance in sich birgt, die vorhandenen Mittel effizienter einzusetzen.“

Dr. Thomas Czyponka, Leiter des Bereichs Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik am IHS, bestätigte diese Forderung und unterstrich in seiner Keynote, dass im Unterschied zu Österreich in fast allen Ländern die Finanzierung aus einer Hand beziehungsweise aus einem Topf — zumindest was die Bereiche intra- und extramural betreffe — erfolge. „Das österreichische Gesundheitswesen muss sich nicht ändern, weil alles schlecht ist, sondern weil wir künftige Herausforderungen bewältigen müssen und schon heute nicht in allen Bereichen gut aufgestellt sind“, so Czyponka.

Mag. Birgit Bernhard richtete im Namen von Welldone Grußworte an die zahlreichen Welldone Lounge-Gäste. Das Motiv, die 60. Welldone Lounge unter das Motto „S.F.S. Progress“ zu stellen, begründete Mag. Hanns Kratzer in seinen Eröffnungsworten so: „Idealtypischerweise bedeutet das im Strategischen Management, dass zuerst die Strategie entwickelt und danach die Organi-



1_ Friedrich Thomasberg (B. Braun Austria), Markus Kunze (ÖGK — Überleitungsausschuss), Matthias Krenn (ÖGK — Überleitungsausschuss) | 2_ Manfred Felix (WGKK) | 3_ Johann Baumgartner (Wiener Krankenanstaltenverbund), Wolfgang Gollneritsch (DSD Pharma), Barbara Vogler-Henzal (Universimed), Wolfgang Beinhofer (LEO Pharma) | 4_ Edda Fischer (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz), Ingrid Huber-Strubl (ARAC), Sonja Ronge-Fröstl (IQVIA), Stefan Baumgartner (IQVIA), Christina Nageler (IGEPHA) | 5_ Johannes Oberndorfer (RMA Gesundheit), Helene Prenner (ELGA), Stefan Sabutsch (ELGA) | 6_ Josef Zellhofer (ÖGB/ARGE-Fachgruppenvereinigung für Gesundheits- und Sozialberufe), Helmut Marchl (Fachausschuss für Gesundheitsberufe der Arbeiterkammer Wien), David Feiler-Kalmar (Amgen), Helga Thurnher (Selbsthilfe Darmkrebs — Verein zur Darmkrebsinformation), Brigitte Pakes (Merck, Sharp & Dome) | 7_ Christoph Monschein (Sandoz), Julia Six (y-doc Wartezimmer TV), Christoph Miksch-Aichenegg (Novartis) | 8_ Sabine Schmörlzer (Shire), Gernot Idinger (Landeskrankenhaus Steyr), Elisabeth Messinger (Österreichische Gesellschaft für Krankenhausmedizin) | 9_ Günter J. Krejs (MedUni Graz), Anna-Maria Teuschl | 10_ Robert Riedl (Welldone), Hans Jörg Schelling (PRAEVENIRE Gesundheitsforum) | 11_ Martin Schaffenrath (ÖGK — Überleitungsausschuss), Tuba Albayrak (Novartis), Martina Dick (Pharmig), Maximilian Kunz (Novartis) | 12_ Astrid Knitel (Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs), Franz Strondl (Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs) | 13_ Hedwig Wölfl (Die Möwe), Peter Gross (AWP Unternehmensberatung) | 14_ Christian Soschner (CS Life Science), Karin Riedl (Schülke & Mayr), Jan-Oliver Huber (Austrian Medicines Verification Organisation) | 15_ Thomas W. Veitschegger (Apothekerkammer OÖ), Nives Sardi (Apothekerkammer Österreich), Ralph Luger (Österreichischer Apothekerverband) | 16_ Lisa Heigl-Rajchl (Welldone), Ferenc Papp (perionlineexperts), Diana Csete (Welldone) | 17_ Hanns Kratzer (PERI Consulting) | 18_ Birgit Bernhard (Welldone) | 19_ Hans Jörg Schelling (PRAEVENIRE Gesundheitsforum)



20_ Robert Riedl (Welldone), Thomas Czipionka (Institut für Höhere Studien) | 21_ Matthias Krenn (ÖGK — Überleitungsausschuss), Martin Schaffenrath (ÖGK — Überleitungsausschuss) | 22_ Thomas Czipionka (Institut für Höhere Studien) | 23_ Hans Jörg Schelling (PRAEVENIRE Gesundheitsforum), Thomas Czipionka (Institut für Höhere Studien), Birgit Bernhard (Welldone), Robert Riedl (Welldone), Hanns Kratzer (PERI Consulting) | 24_ Hans Jörg Schelling (PRAEVENIRE Gesundheitsforum), Thomas Czipionka (Institut für Höhere Studien), Hanns Kratzer (PERI Consulting) | 25_ Karsten Schlemm (Merz Pharma), Manfred Felix (WGKK) | 26_ Nives Sardi (Apothekerkammer Österreich), Elisabeth Messinger (Österreichische Gesellschaft für Krankenhausmedizin), Helmut Vierstein (Pharmaziezentrum der Universität Wien), Ralph Luger (Österreichischer Apothekerverband) | 27_ Klaudia Dietrich (Valneva), Johannes Oberndorfer (RMA Gesundheit), Wolfgang Dietrich (diebrauerer), Birgit Frassl (RMA Gesundheit), Dagmar Halper (RMA Gesundheit) | 28_ Dren Elezi (Welldone), Josefine Fugger, Petra Hafner (Welldone) | 29_ Sabine Schmörlzer (Shire), Hanns Kratzer (PERI Consulting), Claudia Handl (Pfizer) | 30_ Jörg Pogatscher (FH Campus Wien), Harald Lepuschitz (FH Campus Wien) | 31_ Martin Pichler (Eblinger & Partner), Dietmar Leitner (Alltest), Georg Wager (Clovis Oncology), Volker Schörghofer (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger), Helmut D. Kogler (AbbVie), Harald Bichler (Astro Pharma) | 32_ Julia Six (y doc Wartezimmer TV), Florian Ringler (Sanofi-Aventis), Robert Galvan (Thermo Fischer Diagnostics Austria) | 33_ Hans Jörg Schelling (PRAEVENIRE Gesundheitsforum), Thomas Czipionka (Institut für Höhere Studien), Robert Riedl (Welldone)

© PETER PROVAZNIK (29)



34_ Thomas Czipionka (Institut für Höhere Studien), Ferenc Papp (perionlineexperts) | 35_ Hannes Wellacher (INSIGHT Health), Gudrun Seiwald (TGKK), Veronika Mikl (Roche), Martin Schaffenrath (ÖGK-Überleitungsausschuss) | 36_ Michael Elnekheli (Berufsverband der österreichischen Gynäkologen), Tina Theuer (first pharma) | 37_ Thomas Schöffmann (Grünenthal), Heimo Pernt (PERI Consulting), Wolfgang Jaksch (Wilhelminenspital) | 38_ Ingrid Huber-Strubl (ARAC), Andreas E. Goelles (Healthcare Innovation Services) | 39_ Hans Jörg Schelling (PRAEVENIRE Gesundheitsforum), Christoph Miksch-Aicheneegg (Novartis) | 40_ Christoph Saueremann (mediclass Gesundheitsclub), Maria Häuslmayer (AbbVie), Sonja Christoffers (Ferring Arzneimittel), Wolfgang Bumberger (Pfizer), Dieter Hackl (Pfizer) | 41_ Dren Elezi (Welldone), Katrin Martinkovich (Welldone), Kathrin Unterholzner (PERI Change), Tanja Kurath (PERI Change), Theresa Posch (PERI Change), Natalie Kapfer (PERI Change), Katharina Harringer (Welldone), Petra Hafner (Welldone) | 42_ Hans Jörg Schelling (PRAEVENIRE Gesundheitsforum), Christoph Miksch-Aicheneegg (Novartis), Tuba Albayrak (Novartis) | 43_ Martin Steiner (Franziskus Spital), Friedrich Thomasberger (B. Braun Austria) | 44_ Dren Elezi (Welldone), Petra Hafner (Welldone), Rainald Edel (Welldone) | 45_ Fabian Waechter (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz), Hanns Kratzer (PERI Consulting), Christoph Saueremann (mediclass Gesundheitsclub)

Kompetenz-Lehrgang für Market Access Manager

Market Access Know-how ist unverzichtbar

Am 27. November fand das bereits achte jährliche „Kamingespräch“ exklusiv für Absolventinnen und Absolventen sowie Teilnehmerinnen und Teilnehmer des von der HealthCareConsulting Group und der PERI Group organisierten KOMPETENZ-LEHRGANGS „MARKET ACCESS & REIMBURSEMENT“ statt. Dabei wurde über liberale Reformpläne für das Gesundheitswesen diskutiert. | von Mag. Klaudia Aka-Besler, MBA

Die Entwicklung der Pharmaindustrie in den letzten Jahren hat es deutlich gezeigt: Professionelles Vorgehen im Bereich Market Access & Reimbursement ist für den Unternehmenserfolg unverzichtbar geworden — bei Produkt-Einführungen, Änderungen einer zugelassenen Indikation bestehender Produkte und dem Eintritt von Generika- und Biosimilar-Anbietern. Die Komplexität und die Anforderungen sind gestiegen und so hat sich das Aufgabengebiet Market Access & Reimbursement wesentlich weiterentwickelt, vor allem auch um gesundheits- und versorgungspolitische Aspekte. Damit verbunden ist der Bedarf an „Market Access Know-how“ in den Unternehmen gewachsen. Richtige Market Access-Strategien und ihre Umsetzung vom Produkt-Launch bis zum Patentablauf. Aus diesem Grund bietet seit bereits acht Jahren die HealthCareConsulting Group in Zusammenarbeit mit der PERI Group Interessentinnen und Interessenten aus der Pharmaindustrie die Möglichkeit, sich im Bereich Market Access und Gesundheitspolitik umfassend weiterzubilden. Mit bereits mehr als 100 Absolventinnen und Absolventen ist der Kompetenz-Lehrgang „Market Access & Reimbursement“ ein voller Erfolg und startet im Frühjahr 2020 in seine nächste Runde. Erfahrene Referenten, Fallbeispiele aus der Praxis, eine Q&A Session und das jährliche Kamingespräch sind das Erfolgsrezept dieses Lehrgangs. Das Feedback von mehr als 100 Lehrgangsteilnehmerinnen und -teilnehmern zeigt, dass dieser Kompetenz-Lehrgang in der Lage ist, das relevante Wissen für Market Access & Reimbursement zu vermitteln.

Exklusives Kamingespräch mit Entscheidungsträgern des österreichischen Gesundheitssystems

Um den Alumni des aktuellen Lehrgangs und der vergangenen Lehrgänge die Möglichkeit zu geben, das gelernte Verständnis zu verstärken und sich auch mit wesentlichen Stakeholdern zu vernetzen, findet exklusiv einmal pro Jahr ein Kamingespräch mit Entscheidungsträgern des österreichischen Gesundheitssystems statt. In intimer Atmosphäre bietet sich zunächst die Gelegenheit, dem Vortrag prominenter Speaker zu lauschen und anschließend in offener Diskussion aktuelle Fragen zu erörtern. In den vergangenen Jahren durften Mag. Dominik Flener, Geschäftsführer der HealthCareConsulting Group, und Mag. Hanns Kratzer, Geschäftsführer der PERI Market Access, bereits Generaldirektor Dr. Josef Probst (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger), Generaldirektor Mag. Jan Pazourek (Niederösterreichische Gebietskrankenkasse), Obfrau Mag. Ingrid Reischl (Wiener Gebietskrankenkasse), Generaldirektor Prof. Dr. Udo Janßen (Wiener Krankenanstaltenverband), Chefärzt Dr. Peter Grüner (Salzburger



Gebietskrankenkasse) sowie Dr. Alexander Biach (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) zum gemeinsamen Abend begrüßen. Beim nun achten Kamingespräch des „Market Access & Reimbursement“-Lehrgangs nahm Mag. Gerald Loacker, Abgeordneter zum Nationalrat und Sprecher für Gesundheit und Soziales der NEOS, gerne die Einladung zum Austausch mit dem Thema „Was bringen liberale Reformpläne für das Gesundheitswesen?“ an. Hart aber herzlich wurde ein offener Austausch geführt, der alle Anwesenden sicherlich wieder einen Schritt näher zum gemeinsamen Verständnis für die Herausforderungen des österreichischen Gesundheitssystems und zum gemeinsamen Ziel, die medizinische Versorgung zu verbessern, gebracht hat. P

Nächster Lehrgang im Frühjahr 2020 — jetzt schon anmelden!

Aufgrund des positiven Feedbacks der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und der zunehmenden Bedeutung von Market Access Know-how wird der Lehrgang auch im kommenden Jahr wieder angeboten. Der nächste Durchgang startet im Frühjahr 2020. **Anmeldungen** können bereits jetzt unter www.hccacademy.at/mamlg erfolgen.

- 31. 03. 2020** Kick Off
- 01. 04. 2020** Modul 1 — Das sind die relevanten Gesetze
- 02. 04. 2020** Modul 2 — Market Access Strategie und Gesundheitsökonomie
- 28. 04. 2020** Modul 3 — Perspektiven von Patienten und Zahlern
- 29. 04. 2020** Modul 4 — Antrag auf Aufnahme in den EKO
- 18. 05. 2020** Modul 5 — Krankenhaus, Ausschreibungen und die Rolle des Bundes
- 19. 05. 2020** Modul 6 — Implementierung, Organisation, Kommunikation



PERI GROUP

Weitere Informationen finden Sie unter www.hccacademy.at/katalog/mamlg



„Geht es im Gesundheitsbereich um den erfolgreichen Launch eines Produkts oder einer Dienstleistung, nimmt eine Disziplin eine immer wichtigere Position ein — nämlich der Marktzutritt. Darüber hinaus wird von der Pharmaindustrie auch ein hohes Verständnis für Gesundheits- und Versorgungspolitik erwartet. Die Unternehmen müssen in der Lage sein, sich unter den Stakeholdern im Gesundheitswesen mit höchster Expertise zu bewegen. Daher ist es uns wichtig, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern nicht nur die richtigen Market Access Strategien näherzubringen, sondern ihnen auch höchste Kompetenz in Bezug auf das österreichische Gesundheitswesen zu vermitteln.“
Mag. Hanns Kratzer, PERI Market Access



„Über 100 erfolgreiche Absolventinnen und Absolventen und kein Ende in Sicht — es freut mich, dass unser Lehrgang dazu beiträgt, ein gemeinsames Verständnis für ein besseres Gesundheitssystem und eine Community im Market Access Bereich aufzubauen.“
Mag. Dominik Flener, HealthCareConsulting Group

© SHUTTERSTOCK (2); FELICITAS MATERN (2)

Buchvorstellung

Pflegefall? Nein, danke! Mit der Patientenverfügung selbst entscheiden

Mit dem PFLEGEFALLTOOL die richtige Entscheidung für die letzte Lebensphase treffen.

In seinem neuen Buch präsentiert der Wiener Palliativarzt und Gerichtssachverständige Dr. Wilhelm Margula das erste rechtlich verlässliche Online-Tool zur Verkürzung der eigenen Pflegedauer im Alter. Das Buch ist ein Diskurs über die Patientenverfügung und viele, ihr zugehörige Bereiche: Interessen und Motivation für das jeweilige Verhalten von Involvierten, öffentliche Kommunikation des Themas, Entkriminalisierung des Umsetzens des Patientenwillens, Religion, Debatte über Sterbehilfe, aber auch „das neue Alter“. Gemeint ist damit die Lebensphase nach dem sozialversicherungsrechtlichen Arbeitsleben, die letzten 30 bis 40 Lebensjahre. Das Buch beschreibt die Meinungs- und Willensbildung, die Voraussetzung für das Erstellen einer Patientenverfügung ist, und warum es so wichtig ist, seine Patientenverfügung regelmäßig zu überprüfen, zu aktualisieren und zu erneuern, sowie mit Angehörigen darüber zu sprechen. Im täglichen Umgang mit geriatrischen und pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten wurde er von deren Angehörigen oft nach

Möglichkeiten gefragt, wie sie für sich selbst die leidvolle und hoffnungslose Situation des Pflegefalls vermeiden könnten. Aus seiner Erfahrung als Gerichtssachverständiger sah Margula, dass die herkömmliche Patientenverfügung kein taugliches Instrument dafür darstellt, denn damit können medizinische Maßnahmen nur in einer ganz bestimmten Situation und für einen sehr begrenzten Zeitraum abgelehnt werden. Zudem bezieht sie sich nur auf die Sterbesituation kurz vor dem Tod. In der Geriatrie, wo die durchschnittliche Pflegedauer nun aber acht bis zehn Jahre beträgt, ist das nicht so einfach. Man muss sich der Tatsache bewusst sein, dass hochbetagte und demenzkranke Menschen in Zukunft die größte Gruppe an Patientinnen und Patienten darstellen werden. Gerade für diese wird die Patientenverfügung sehr wichtig sein. Dementsprechend bedarf es eines Wegweisers und einer Entscheidungshilfe, bevor eine solche Verfügung für die letzte Lebensphase — nicht nur für die Sterbephase — verfasst werden kann. Aus diesen Erfahrungen und



Das Buch

Titel: Pflegefall? Nein, danke! Mit der Patientenverfügung selbst entscheiden

Seitenzahl: 160 Seiten

Autor: Dr. Wilhelm Margula

Verlag: Facultas/Maudrich

ISBN-Nr.: 978-3-99002-052-4

Preis: 19,90 Euro

Erkenntnissen heraus entwickelte Margula das Online-PFLEGEFALLTOOL. Basierend auf dem Selbstbestimmungsrecht darf jeder Mensch selbst entscheiden, welche medizinischen Maßnahmen sie oder er annimmt oder ablehnt. Ein Buch als Hilfestellung für alle, die sich darüber unsicher sind oder nicht mehr möchten, dass ihr Leben ab einem gewissen Zeitpunkt mithilfe der Medizin künstlich verlängert wird. Für Gesunde, die lernen möchten, wie man in jedem Krankheitsfall als mündige Patientin oder mündiger Patient entscheidet, ob man ärztlichem Rat folgt oder nicht. Weil länger leben nicht zwangsläufig bedeutet, besser zu leben, ist das Buch ein guter Wegweiser für jede Person, die die wichtigste Forderung an ihre Patientenverfügung erfüllt wissen will, nämlich dass sie zu gegebener Zeit befolgt wird. Es beinhaltet aber ebenso Denkanstöße, die für Gesellschafts- und Gesundheitspolitik bedeutsam sind.

Das Buch ist bewusst laienverständlich verfasst. Der Autor bereitet sein Wissen und seine Erfahrung so auf, dass es jeder Mensch in der Praxis anwenden kann. Wilhelm Margula war 40 Jahre Allgemeinmediziner, davon 35 Jahre im geriatrischen Bereich tätig, zwölf Jahre Gerichtssachverständiger für Geriatrie, Palliativmedizin und Pflege. Er zog stets die Arbeit am Krankenbett einer wissenschaftlichen Karriere vor. Um „ärztliche Praxis“ so nahe wie möglich an die breite Öffentlichkeit — an Nicht-Medizinerinnen und -Mediziner wie an Noch-Nicht-Patientinnen und -Patienten — zu bringen, setzt er seit 2015 seine Erfahrung in Online-Anwendungen um. P MAG. SABINE PRIMES

Symposium

3. Wiener Notarztstage

Bei einem zweitägigen Symposium wurden Mitte November neue TRENDS IN DER NOTFALLMEDIZIN präsentiert und alle an der präklinischen Notfallmedizin in Wien beteiligten Einsatzorganisationen in den Mittelpunkt gestellt. | von Mag. Petra Hafner

Bereits zum dritten Mal haben die Wiener Notarztstage auf Initiative von Univ.-Prof. Dr. Klaus Markstaller, Leiter der Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie, und a. o. Univ.-Prof. Dr. Harald Willschke, Bereichsleitender Oberarzt „Präklinische Notfallmedizin“ der Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie am AKH Wien, stattgefunden. Dieses, gemeinsam mit der Wiener Berufsrettung MA 70, veranstaltete Symposium beschäftigte sich mit Themen wie neuen Trends in der Notfallmedizin, die die Guidelines 2020 beeinflussen könnten beziehungsweise sollten, speziellen Notfällen in der Präklinik sowie Kindernotfällen, aber auch mit Notfallmedizin unter besonderen Bedingungen und exemplarischen Fällen aus dem Wiener Notarztsystem.

Bereits am Vorabend der 3. Wiener Notarztstage fand die gut besuchte Podiumsdiskussion mit der aktuellen Fragestellung „Wie kommt der richtige Patient ins richtige Krankenhaus?“ statt. Dank des beeindruckenden wissen-

schaftlichen und klinischen Fortschrittes der letzten Jahrzehnte konnte in allen Bereichen der präklinischen Notfallmedizin das Outcome der Patientinnen und Patienten, sowohl hinsichtlich des reinen Überlebens, als auch hinsichtlich der Morbidität nach dem Notfallereignis, kontinuierlich verbessert werden. Im Rahmen des Symposiums wurden alle an der präklinischen Notfallmedizin in Wien beteiligten Einsatzorganisationen in den Mittelpunkt gestellt. Begleitet wurde die Veranstaltung durch eine Industrieausstellung der speziell auf dem Gebiet der präklinischen Notfallmedizin tätigen Firmen. P

Save the Date

13. bis 14. November 2020

4. Wiener Notarztstage der Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie inkl. Notarzt-Refresher!



Auszeichnung

Großes Ehrenzeichen an Pfizer Geschäftsführer Prof. Dr. Robin Rumler

Wirtschaftsministerin Mag. Elisabeth Udolf-Strobl würdigte das außerordentliche Engagement von **PROF. DR. ROBIN RUMLER** für den Gesundheits-, Pharma- und Wirtschaftsstandort Österreich. | von Mag. Sabine Primes

Im festlichen Rahmen des Marmorsaals im Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort bekam Prof. Dr. Robin Rumler, Geschäftsführer der Pfizer Corporation Austria, Ende Oktober das Große Ehrenzeichen der Republik Österreich von Wirtschaftsministerin Mag. Elisabeth Udolf-Strobl überreicht. Sie gratulierte und dankte dem Geehrten für seinen Beitrag zum Wohl des Wirtschaftsstandortes Österreich in den unterschiedlichsten Branchen. „Die Auszeichnung ist ein Zeichen des Dankes an Persönlichkeiten, die in ihren Funktionen täglich Großartiges leisten“, zeigte sich die Wirtschaftsministerin erfreut.

Wichtigste staatliche Ehrung Österreichs

Das Ehrenzeichen für Verdienste um die Republik Österreich wird an Personen verliehen, die für die Republik Österreich hervorragende gemeinnützige Leistungen vollbracht und ausgezeichnete Dienste geleistet haben. Es ist die wichtigste staatliche Ehrung, die gegenwärtig in Österreich vergeben wird. Die Vergabe

erfolgt durch den Bundespräsidenten oder in seinem Namen. Das Ehrenzeichen in seinen verschiedenen Stufen kann für besondere Verdienste in allen Gebieten verliehen werden, besonders auf politischem, wirtschaftlichem, kulturellem, geistigem oder auch ehrenamtlichem Gebiet.

Mit der Verleihung des Großen Ehrenzeichens der Republik Österreich wird Robin Rumlers Schaffen mit einer weiteren Auszeichnung gewürdigt. Im Juni 2014 wurde ihm der Berufstitel „Professor“ für sein berufliches und wissenschaftliches Engagement für die Pharmabranche vom Bundespräsidenten verliehen.

Seit 1992 in der pharmazeutischen Industrie tätig

Die Basis für seine erfolgreiche Karriere legte der Humanmediziner mit seinem Einstieg in die pharmazeutische Industrie im Jahr 1992. Nach Stationen in mehreren Unternehmen in Österreich arbeitet Rumler ab 2004 bei Pfizer

Durch seinen Willen, immer die beste Lösung für alle Beteiligten zu finden, konnte Robin Rumler schon viel für die Gesundheit in Österreich bewegen.

Claudia Handl

in Österreich — zunächst als Marketing Direktor und ab 2009 als Geschäftsführer der Pfizer Corporation Austria. Parallel zu seiner Position als Geschäftsführer bei Pfizer Corporation Austria, war Rumler von 2015 bis 2019 auch Geschäftsführer der Pfizer Manufacturing Austria GmbH, dem Impfstoff-Kompetenzzentrum des Konzerns in Orth an der Donau, bevor er dieses Amt im Sommer 2019 übergab.

Mag. Claudia Handl, Director Communication and Patient Relation bei Pfizer Österreich, hebt Rumlers herausragende Persönlichkeit hervor: „Wir gratulieren Robin Rumler herzlich zur staatlichen Auszeichnung. Es macht uns stolz, mit ihm einen Geschäftsführer zu haben, der nicht nur unser Unternehmen erfolgreich am österreichischen Markt navigiert, sondern sich stets mit Enthusiasmus, Weitblick und Mut für die Verbesserung des Gesundheitswesens im ganzen Land einsetzt. Durch seinen Willen, immer die beste Lösung für alle Beteiligten zu finden, konnte er schon viel für die Gesundheit in Österreich bewegen.“

Ehrenamtliches Engagement in zahlreichen Verbänden

Neben seinen verantwortungsvollen Positionen bei Pfizer, engagiert sich Rumler in zahlreichen Verbänden ehrenamtlich für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung in Österreich. Von 2010 bis 2016 stand er der Pharmig, der freiwilligen Interessenvertretung der österreichischen Pharmaindustrie, als ehrenamtlicher Präsident vor. Die zweimalige Verlängerung des Rahmen-Pharmavertrags während seiner Amtszeit zählt zu seinen größten Erfolgen und stellt eine europaweit einzigartige Kooperation zwischen Pharmawirtschaft und Sozialversicherung dar. Im Rahmen dieses Vertrags leistete die Pharmawirtschaft Solidarbeiträge an die Krankenkassen, um deren Leistungsfähigkeit gegenüber den Patientinnen und Patienten zu unterstützen. 2012 war Rumler maßgeblich an der Gründung des „Gremiums Gesundheitsziele“ beteiligt, aus dem bis heute 92 Projekte in den Bereichen Kindergesundheit und Prävention gefördert wurden. Seit 2016 widmet er sich nun ehrenamtlich als Vizepräsident der Pharmig mit einem Experten-Team dem „Pharmastandort Österreich“, um die wirtschaftliche Attraktivität Österreichs entsprechend hervorzuheben. Als Präsident der Pharmig-Academy steht er seit 2016 dem Fortbildungsinstitut für den österreichischen Pharmabereich vor.

Pharmig-Generalsekretär Mag. Alexander Herzog gratuliert dem Ausgezeichneten ebenfalls. Dass er stets das Verbindende vor das Trennende stellt, schätze er an Rumler besonders. „Robin Rumler ist ein herausragender Vertreter unserer Branche. Er setzt sich seit vielen Jahren mit größtem Engagement dafür ein, dass Gesundheit und Patientenorientierung keine leeren Worthülsen sind. Sein Motto, dass wir alle die Chance haben sollten, 100 Jahre alt zu werden, und zwar in bester Gesundheit, ist Ansporn für uns alle in der pharmazeutischen Industrie, unser Bestes zu geben.“

In seiner Rolle als Vize-Präsident der AmCham Austria engagiert sich Prof. Dr. Robin Rumler außerdem für ein erfolgreiches Miteinander von amerikanischer und österreichischer Wirtschaft. Und auch in seiner Freizeit ist er für die Gesellschaft aktiv. Rumler ist begeisterter Rotarier und organisiert Charity-Veranstaltungen, deren Reinerlös der „Ronald McDonald Kinderhilfe“ zugute kommt, die Familien von schwerkranken Kindern unterstützt. P

v. l.: Bundesministerin Elisabeth Udolf-Strobl, Robin Rumler, Geschäftsführer Pfizer Corporation Austria



Personalisierte Medizin im 21. Jahrhundert

Was können wir erwarten?

Eine Podiumsdiskussion im Rahmen der 3. JAHRESTAGUNG DER ÖSTERREICHISCHEN PLATTFORM FÜR PERSONALISIERTE MEDIZIN (ÖPPM) widmete sich dieser Frage, zumal der Begriff Personalisierte Medizin unterschiedliche und eine sich im Laufe der Zeit wandelnde Bedeutung hat. | von Mag. Petra Hafner



v. l.: Markus Müller, Beate Jahn, Peter Eichler, Astrid Kuffner (Moderatorin), Hans Jörg Schelling, Christiane Druml, Fabian Wächter

Das Bild der Medizin wird am Beginn des 21. Jahrhunderts von rasanten technologischen Entwicklungen, einer zunehmenden Digitalisierung und einer immer stärkeren Personalisierung geprägt. Der Begriff „Personalisierte Medizin“ hat allerdings für einzelne Gesellschaftsgruppen verschiedene Bedeutungen und weckt zahlreiche unterschiedliche Erwartungen. Zur öffentlichen Veranstaltung „Personalisierte Medizin im 21. Jahrhundert: Was können wir erwarten?“, welche im Rahmen der 3. Jahrestagung der Österreichischen Plattform für Personalisierte Medizin (ÖPPM) stattfand, konnte mit Univ.-Prof. Dr. Markus Müller, Rektor der Medizinischen Universität Wien, Ass.-Prof. Dr. Beate Jahn von der Tiroler Privatuniversität UMIT, Dr. Christiane Druml, Direktorin des Josephinums/MedUni Wien, Mag. Dr. Peter Eichler, Mitglied des Vorstands UNIQA Österreich Versicherungen AG, PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling und Dr. Fabian Wächter vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz ein hochkarätiges Podium gewonnen werden.

Der Rektor der Medizinischen Universität Wien spannte in seinem Vortrag „Von Hippokrates zur Digitalisierung. Was Personalisierte Medizin heute bedeutet“ einen breiten Bogen, beginnend vom Mythos Olym über Hippokrates, der als Begründer einer wissenschaftlich orientierten Medizin gilt, bis hin zu aktuellen Beispielen der Telemedizin und sich aufbauenden Trends in der Personalisierten Medizin sowie Präventiven Medizin für die Früherkennung von Krankheiten. „Personalisierte Präzisionsmedizin bewirkt einen Paradigmenwechsel in der Medizin. Mittels moderner Diagnostik-Methoden wie Genom-Sequenzierung oder molekulare Bildgebung soll es in Zukunft noch besser möglich sein, Patientinnen und Patienten zielgerichteter und individueller zu behandeln und die Ursache der Erkrankung auf molekularer Ebene zu identifizieren“, so Müller. Im Rahmen eines der größten Investitionsprojekte ist am MedUni Campus AKH die Errichtung eines Zentrums für Präzisionsmedizin ab dem Jahr 2022 geplant, in dem die Medizin des 21. Jahrhunderts gestaltet wird. „Zukünftig werden angehende Medizinerinnen und Mediziner im Simulationslabor arbeiten und erst dann am Patienten“, prognostizierte Rektor Müller.

Mit dem Themenkomplex „Personalisierte Medizin: Nutzen — Schaden — Kosten — Abwägungen“ beschäftigte sich die Gesundheitsökonomin Ass.-Prof. Dr. Beate Jahn von der Tiroler Privatuniversität UMIT in ihrem Vortrag. Die Medizin sei eine Disziplin, in der Entscheidungen unter Unsicherheit zu treffen sind. Dies würde bedeuten, dass für einen Patienten bzw. eine Patientin mit einem bestimmten Symptomkomplex letztlich immer eine Entscheidung bezüglich des weiteren diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens zu treffen ist, auch wenn zum Zeitpunkt dieser Entscheidung viele Aspekte betreffend Erkrankung und Therapieauswirkungen nicht mit vollständiger Sicherheit vorhergesagt werden können, so Jahn. „Demzufolge ist die Entscheidungsanalyse ein systematischer, expliziter und quantitativer Ansatz zur Entscheidungsfindung unter Unsicherheit“, erläuterte die Gesundheitsökonomin.

Technologischer Fortschritt für Personalisierte Medizin

Bei der im Anschluss an die beiden Vorträge stattgefundenen Podiumsdiskussion warnte PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling vor einem Gesundheitssystem, in dem man sich Personalisierte Medizin nicht mehr leisten könne. Den Menschen sei ihre Gesundheit das Wichtigste, gerade deshalb sei auch verstärkt Eigenverantwortung für die

eigene Gesundheit zu fördern, um Krankheit nicht entstehen zu lassen. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 möchte das österreichische Gesundheitssystem weiterentwickeln und sichern und stellt dabei die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt, unterstrich Schelling. Den Präventionsgedanken griff Mag. Dr. Peter Eichler, Mitglied des Vorstands UNIQA Österreich Versicherungen AG, auf und forderte, dass es positive Anreize dafür geben müsse, denn auch im höheren Alter könne man seinen körperlichen Zustand noch verbessern. Aus Sicht von Dr. Fabian Wächter vom Gesundheitsministerium sei wichtig, dass die durch den technologischen Fortschritt erzielten Errungenschaften für die Patientinnen und Patienten auch weiterhin sichergestellt sind. Dr. Christiane Druml von der MedUni Wien hob hervor, dass Medizin schon immer personalisiert gewesen sei, neu hingegen seien maßgeschneiderte Therapien, welche teils auch ethische Probleme hervorrufen. Konsens in der Diskussionsrunde gab es beim Aspekt Forschung und Finanzierungsmöglichkeiten. Nach Ansicht der Teilnehmenden müsse die Forschung gebündelt werden und es auch für Start-ups Finanzierungsmöglichkeiten geben. Österreich ist ein kleines Land, umso wichtiger sei daher die Konzentration von Fähigkeiten und interdisziplinärer Zusammenarbeit — auch im Hinblick auf die Personalisierte Medizin. P



Alles ändert sich, nur das Krankenhaus nicht

Der Special Interest-Talk des **VERBANDS DER LEITENDEN KRANKENHAUSÄRZTE ÖSTERREICHS (VLKÖ)** befasste sich mit der zunehmenden Ökonomisierung der Medizin und machte einen Blick in die Zukunft. | von Mag. Sabine Primes

Um darauf aufmerksam zu machen, dass es bei Medizin nicht primär um das Jonglieren mit Zahlen geht, sondern das Wohl der Menschen im Mittelpunkt steht — oder stehen sollte, veranstaltete der Verband der leitenden Krankenhausärzte Österreichs (VLKÖ) Anfang November einen Special Interest-Talk zum Thema „Alles ändert sich, nur das Krankenhaus nicht“. VLKÖ-Präsident Prim. Univ.-Prof. Dr. Werner Langsteger begrüßte dazu eine Runde aus Top-Experten, bestehend aus Univ.-Prof. Dr. Markus Müller, Rektor der Medizinischen Universität Wien, Prim. Dr. Werner Saxinger, Primärärztevertreter der OÖ Ärztekammer und Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für Dermatochirurgie, Leiter der Abteilung für Dermatologie-Angiologie, Klinikum Wels-Grieskirchen, Univ.-Prof. Mag. Dr. PhDr. Wilhelm Frank, Universitätsprofessor für Gesundheitsmanagement, Direktor des Zentrums für Gesundheitssystemwissenschaften der Danube Private University und Univ.-Prof. Dr. Alexander Rosenkranz, Generalsekretär des VLKÖ, Leiter der Klinischen Abteilung für Nephrologie an der Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz, die über die sich wandelnde Medizin und die damit einhergehenden Herausforderungen, diskutierte.

Der neue Ärzte-Codex
Anlass des Talks war der „neue Ärzte-Codex“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, welcher Ärztinnen und Ärzten den entscheidenden Rückhalt für ihr Handeln bieten soll. Dabei handelt es sich um eine Verhaltensmaxime des ärztlichen Handelns zum Wohl der Patientinnen und Patienten mit Vorrang gegenüber ökonomischen Überlegungen. Nun will man nach deutschem Vorbild auch in Österreich allen Ärztinnen und Ärzten in ihrem Arbeitsalltag Orientierung und die nötige Solidarität bieten. Die Österreichische Gesellschaft für Innere Medizin (ÖGIM) hat mit ihrem Vorstandsbeschluss vom 18. September 2019 den Ärzte-Codex als wesentlich anerkannt und festgehalten, diesen auch für die österreichischen Internistinnen und Internisten zu übernehmen.

Zwischen Medizin und Management
Das Krankenhaus steht für Versorgung, Diagnostik, Therapie und Heilung ebenso wie für medizinische Forschung. Leitende Krankenhausärztinnen und -ärzte sind für Kolleginnen und Kollegen, Patientinnen und Patienten sowie für organisatorische Prozesse verantwortlich. Zudem sollen sie ökonomische Interessen im Auge behalten. Die zunehmende Tendenz, Medizin ausschließlich unter dem Aspekt der Ökonomisierung zu sehen, kann für Patientinnen und Patienten fatale Folgen haben. Vor diesem Hintergrund ist es Univ.-Prof. Dr. Alexander Rosenkranz wichtig, „dass der Ärzte-Codex auch in Österreich eine flächendeckende Verbreitung



v.l.: Markus Müller, Alexander Rosenkranz, Wilhelm Frank, Werner Saxinger, Werner Langsteger

innerhalb der Ärzteschaft und wesentlicher medizinischer Institutionen erfährt.“ Man könne den Ärztinnen und Ärzten nicht die Rolle des Rechtfertigers und Begründers gegenüber dem Patienten zufallen lassen, warum eine empfohlene Therapie nicht bewilligt wird, so Rosenkranz weiter. Als leitender Krankenhausarzt sei man einerseits seinen Patientinnen und Patienten, seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, aber auch der Verwaltung verpflichtet. Allzu leicht vergesse man auf seine Ständevertretung, die Ärztekammer. Damit übergab er das Wort an Prim. Dr. Werner Saxinger. Dieser hielt fest, dass sich die Primärärzteschaft durch ihre Ständevertretung — der Ärztekammer — nur schwach vertreten fühlen würde und sich mehr Unterstützung wünsche. Der Job eines Primärarztes sei schon jetzt — und noch mehr in der Zukunft — herausfordernd und es benötige eine große Unterstützung durch die Ärztekammer. „Dem wird sich auch die Ärztekammer stellen müssen, um die Akzeptanz bei den Primärärztinnen und Primärärzten zu erhalten“, war Saxinger überzeugt. „Der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses ist heute der gleiche wie vor 40 Jahren. Alles andere ist Rahmenwerk“, konstatierte Univ.-Prof. Mag. Dr. PhDr. Wilhelm Frank und beanstandete gleichzeitig, dass wir diesen „zwar hegen und pflegen, aber auf die Kernaufgabe vergessen.“

Ausbildung junger Medizinerinnen und Mediziner

Zu den Aufgaben von Krankenhausärztinnen und -ärzten gehört auch die Ausbildung der Kolleginnen und Kollegen. Diese beginne nicht erst im Krankenhaus, sondern an der Universität. Hier habe sich in den letzten 20 Jahren viel verändert. „Werden die zukünftigen Ärztinnen und Ärzte im Studium darauf vorbereitet, dass 20 Prozent der Zeit in Dokumentation und

Verwaltung geht?“, fragte Rosenkranz den Rektor der Medizinischen Universität Wien, Univ.-Prof. Dr. Markus Müller.

Die gesamte Medizinausbildung sei heute viel fokussierter als früher, im Prinzip gehe es jedoch um „managing change“, weil sich medizinisches Wissen ständig ändere bzw. vermehre, betonte Rektor Müller. 2020 wird sich medizinisches Wissen bereits alle 73 Tage verdoppeln. Im gleichen Zug wisse man nicht genau, auf welche Ziele hin man junge Menschen ausbilde, denn aufgrund der raschen Vermehrung medizinischen Wissens, habe man es mit einem „moving target“ zu tun. Also ein Ziel, das sich während des (Ausbildungs-)Prozesses laufend ändert. Man möchte skillsorientiert ausbilden, dabei aber allgemein bleiben. So würden Medizinerinnen und Mediziner dem Gesundheitssystem den besten Dienst erweisen können.

Die heutige Medizinausbildung sei kein statisches System, sondern sehr dynamisch, wo es mehr um Haltung und den Umgang mit Wissen geht, als um konkrete Kenntnisse, die in zehn Jahren komplett veraltet sind. Müller sieht die Rolle des Krankenhauses in Zukunft als „Präventionshaus“ statt Reparaturwerkstatt. „Gesundheitssysteme der Zukunft werden stärker patienten- und präventionszentriert und weniger krankenzentriert sein“, ist sich Müller sicher.

„Die Ökonomisierung der Medizin führt zu einer Abwertung der Kernqualität von uns Ärztinnen und Ärzten. Die Maxime ärztlichen Handelns muss sich ausschließlich an der individuellen Patientengeschichte orientieren. Wir brauchen ein neues Verständnis von ärztlicher Leistung und ein neues Verständnis von medizinischer Qualität“, betonte Rosenkranz zum Abschluss. P

70.

Wiener
ÄRZTE
Ball

SAMSTAG, 25. JÄNNER 2020 | WIENER HOFBURG
EINLASS 20.00 UHR | ERÖFFNUNG 21.00 UHR

Programm, Preise & Reservierungen: www.aerzteball.at





NÖ Gesundheitspolitisches Forum

Qualitätssicherung ist Patientensicherheit

Das „NÖ Gesundheitspolitisches Forum“ in Krems befasste sich mit dem **THEMA QUALITÄTSSICHERUNG IM GESUNDHEITSBEREICH** und den damit einhergehenden Maßnahmen, um die Sicherheit für Patientinnen und Patienten zu erhöhen. | von Rainald Edel, MBA

Das Thema Qualitätssicherung ist mit der Medizin seit deren Anfängen eng verbunden. „Primus nil nocere — erstens nicht schaden und salus aegroti suprema lex — das Heil des Kranken sei höchstes Gesetz, sind Grundsätze, die seit der Antike nichts an Aktualität eingebüßt haben“, erklärte Dr. Günther Jonitz, seit 1999 Präsident der Ärztekammer Berlin, zu Beginn seines Vortrags beim dritten NÖ Gesundheitspolitischen Forum. Diese Veranstaltungsreihe der Karl Landsteiner Gesellschaft wird in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Gesellschaft Niederösterreichs ausgetragen. Als Ursachen, warum das Thema jetzt so brandaktuell diskutiert wird, sieht der Berliner Ständesvertreter zwei Gründe. Zum einen wird die Medizin immer komplexer und die Patientinnen und Patienten immer älter und anspruchsvoller. Und zum anderen würden die Rahmenbedingungen für gute Medizin immer schlechter werden. In Deutschland werde beispielsweise seit den 1980er Jahren laufend im Gesundheitsbereich gespart. „Wenn man auf einer Intensivstation die Zahl der Krankenpflegepersonen von fünf auf vier reduziert, steigt gleichzeitig die Zahl der Infektionen um 23 Prozent“, zitiert Jonitz eine deutsche Studie. In diesem Zusammenhang fragt sich der Ständesvertreter, ob der Zugang des deutschen Bundestages, nosokomialen Infektion (Krankenhausinfektionen) mit Big Data zu begegnen, der richtige Ansatz ist, oder ob es nicht eine einfachere und nahe liegendere Lösung gäbe. „Wir wissen heute viel besser als noch vor zehn oder 15 Jahren mit Patientensicherheit umzugehen, um Schäden zu vermeiden“, so Jomitz.

Schäden verursachen hohe Kosten
„Eine 2016 veröffentlichte Statistik aus den USA zeigt, dass „Medical Errors“ nach Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen die dritthäufigste Todesursache sind“, schilderte Dr. Brigitte Ertl, Präsidentin der Österreichischen Plattform Patientensicherheit und seit 2007 Ärztliche Direktorin des Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum

Rosenhügel, in ihrem Vortrag die dramatische Situation. Eine aktuelle OECD-Studie belegt, dass 15 Prozent der Spitalskosten die Folge von Patientenschäden sind. „Wichtig wäre, diese Kosten in Patientensicherheit zu investieren, denn hinter jedem Fehler steckt menschliches Leid“, appellierte Ertl. Als besonders gefährdet sieht sie den intensivmedizinischen Bereich sowie die Schnittstellen zwischen Intensivmedizin und nachfolgenden

Wichtig wäre, die Kosten, die Patientenschäden verursachen in Patientensicherheit zu investieren, denn hinter jedem Fehler steckt menschliches Leid.

Brigitte Ertl

Stellen, aber auch die Schnittstelle intra- und extramuraler Bereich. „Fehler sind systemimmanent. Man kann sie erforschen, aber nie ganz verhindern“, so die Klinikleiterin. Problematisch, aber auch symptomatisch sieht Ertl, dass das Gesundheitsministerium zwar 2013 ein Strategiepapier „Patientensicherheit als österreichweite Strategie“ herausgegeben hat, allerdings nur wenige der im Gesundheitssystem Tätigen dieses auch kennen.

Sicherheit ist wichtigstes Gut
„Der Begriff Sicherheit ist aus Sicht der Patientinnen und Patienten teilweise unterschiedlich konnotiert. Die einen denken dabei, ob ihre Pension gesichert ist, die anderen, ob wir noch in einem sicheren Land leben. Dennoch ist die Sicherheit für alle das wichtigste Gut und steht immer an erster Stelle“, betonte Dr. Hans Jörg Schelling, Präsident des Vereins PRAEVENIRE, in seiner Keynote. Er plädierte dafür, dass man sich dem Thema Sicherheit und Qualität von einer anderen Seite nähern müsse. „Qualität braucht eine ausgeprägte Fehlerkultur. Man muss aus den Fehlern auch lernen“, so Schelling. Das heißt, man müsse sicherstellen, dass sich ein ge-

machter Fehler nicht wiederholt. Allerdings sei der Umgang mit Qualität in Österreich erschütternd. „Es gibt einen Qualitätsreport Krankenhäuser, der allerdings nicht veröffentlicht werden darf, weil die Trägerorganisationen den Wettbewerb nicht wollen. Ich halte es für notwendig, dass die Patientinnen und Patienten mehr Einblick haben“, betonte Schelling.

„Wenn wir nicht offen mit Qualität umgehen, wird das Vertrauen ins System sinken“, warnte Schelling. Was die Bevölkerung wolle, ist Sicherheit durch Vertrauen ins System. „Daher appelliere ich an alle, das Thema Qualitätssicherung, Sicherheit für die Patientinnen und Patienten, viel stärker als bisher und vor allem vorbehaltlos zu behandeln“, so Schelling. Es sei völlig klar, dass jeder Fehler mache. Die aus seiner Sicht entscheidende Frage sei, ob man bereit ist, aus den Fehlern zu lernen und im System alles daran zu setzen, dass so ein Fehler nicht wieder passieren kann. „Um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen — wir haben schon jetzt einen recht guten Qualitätsstandard in der medizinischen Versorgung. Aber wenn ich an die Zukunft denke, frage ich mich: Können wir diese Standards halten? Das wird allerdings nicht reichen — wir werden sie weiterentwickeln müssen“, so Schelling. Als konkrete Maßnahmen schlägt Schelling beispielsweise vor, dass Qualitätssicherung ein Pflichtfach im Medizinstudium werden soll. Die Krankenhäuser müssen verstärkt Schwerpunkte bilden, denn hohe Fallzahlen bringen ebenfalls mehr Sicherheit. Als problematisch

Qualität braucht eine ausgeprägte Fehlerkultur. Man muss aus den Fehlern auch lernen.

Hans Jörg Schelling

erachtet Schelling, dass im niedergelassenen Bereich die Qualitätskontrolle durch die Ständesvertretung erfolge. Zur Transparenz gehöre, so Schelling, auch der Nachweis, wo eine Zusatzqualifikation erworben wurde. „Als zentrale Frage sieht er die Thematik der Bezahlung und Honorierung von Qualitätssicherung.“

Langzeitprojekt Qualitätssicherung
Den Abschluss der Vorträge machte der Ehrenpräsident der Karl Landsteiner Gesellschaft, MR Dr. Gerhard Weintögl. Er gehört zu den Pionieren in Sachen Qualitätssicherung in Österreich. In seiner Funktion als Ärztekammer-Präsident von Niederösterreich (1990 bis 2001) griff er den damals europaweit neuen Trend der Qualitätssicherung auf und trug maßgeblich zu dessen Implementierung im österreichischen Gesundheitswesen bei. Anhand praktischer Beispiele schilderte er den realen Umgang mit Qualitätssicherung im österreichischen Gesundheitswesen. P

v.l.: Gerhard Weintögl, Günther Jonitz, Sven Orechovsky (Moderator und Organisationsbeauftragter des Gesundheitspolitischen Forums), Hans Jörg Schelling, Brigitte Ertl



© JEANNINE SCHUSTER

© SEBASTIAN FREIER

Schulärzte: Ungeschliffener Juwel oder Auslaufmodell?

Die **GEPLANTE NEUE SCHULÄRZTE-VERORDNUNG** sorgt weiter für Diskussionen zwischen Ärztevertretern und Gemeindebund. Während die einen den niederschweligen Zugang zu Ärztinnen und Ärzten für Jugendliche loben, sehen die anderen ein System mit wenig Output, das reif für einen Systemwechsel ist. Wo die Positionen liegen, zeigte sich bei der Veranstaltung „Zukunft Gesundheit“ der Karl Landsteiner Gesellschaft im November in Wien. | von Rainald Edel, MBA

Vor 150 Jahren wurden in Österreich Schulärzte eingeführt. Zum Mittelpunkt einer kontrovers geführten Debatte wurde diese Gesundheitseinrichtung durch eine geplante neue Schulärzte-Verordnung, die die Befugnisse der Schulärztinnen und -ärzte erweitern soll. Der Entwurf, der bereits in Begutachtung war, sieht vor, dass Schulärztinnen und -ärzte auch Aufgaben übernehmen sollen, die über schulische Belange hinausgehen. So können etwa auch Schutzimpfungen und deren Dokumentation sowie die Kontrolle des Impfstatus und Impfberatung als Aufgabe von Schulärztinnen und -ärzten definiert werden. Ebenso sollen sie regelmäßig stichprobenartig relevante Gesundheitsdaten der Schülerinnen und Schüler (etwa deren Gewicht und Körpergröße) einheitlich erheben und dokumentieren.

Während Ärztevertreterinnen und Ärztevertreter eine Aufwertung der Schulärztinnen und -ärzte wollen, plädiert der Gemeindebund für deren Abschaffung im Pflichtschulbereich. „Um diese Institution beibehalten zu können, sind viele Länder. Das ist ein Juwel“, erklärte Jörg Jähnel, Leiter der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde am Klinikum Klagenfurt, zur Einleitung einer Diskussionsrunde über das Schulärztsystem in Österreich, die von der Karl Landsteiner Gesellschaft im Rahmen der Reihe „Zukunft Gesundheit“ im November im Wiener Museum für moderne Kunst (MUMOK) stattfand. Er spielte damit auf den Titel der Veranstaltung an, „wir haben flächendeckend Ärztinnen und Ärzte, die Ansprechpersonen für Schülerinnen und Schüler sind.“ Das sei insofern wichtig, als es derzeit in der ärztlichen Betreuung eine beobachtete Versorgungslücke für die Altersgruppe zwischen zehn bis 18 Jahren gäbe. „Die Jugendlichen haben sonst keinen realen Ansprechpartner im Gesundheitssystem im Sinne eines ‚Gesundheitscoach‘.“ Viele Hausärztinnen und -ärzte sind weder speziell ausgebildet, noch haben sie die Zeitsressource — und welche bzw. welcher 16-Jährige setzt sich schon gerne neben Babys beim Kinderarzt“, so Jähnel.

Geteilte Zuständigkeit
Das Bildungsministerium als Schulerhalter beschäftigt an den Bundesschulen 500 Schulärztinnen und Schulärzte. Sie sind regelmäßig mindestens einmal pro Woche an den Schulen, an großen Schulen sogar täglich. Damit stellen sie das größte Beratersystem der Bundesschulen dar. Zu den Aufgaben der Bundesschulärztinnen und -ärzte zählt neben der Beratung — angefangen von schulhygienischen Angelegenheiten über Fragen der Gesundheitsförderung bis hin zur Ergonomie der Schulmöbel — auch regelmäßige Untersuchungen sowie die Mitwirkung bei Maßnahmen der Gesundheitsbehörden. Im Pflichtschulbereich Volksschulen, Neue Mittel-

schulen und Sonderschulen sowie Polytechnische Lehrgänge ist die jeweilige Gemeinde der Schulerhalter. In der Regel übernehmen dort Ärztinnen und Ärzte aus dem niedergelassenen Bereich auch die schulärztliche Betreuung. Eine fixe Anwesenheit wie in Bundesschulen ist zumeist nicht gegeben.

Vielfältigen Aufgaben
„Schulärztinnen und Schulärzte sind unerlässlich, da es ein niederschwelliges Beratungs- und Betreuungsangebot vor Ort ist. Sie schaffen durch den einfachen Zugang und individuelle Hilfestellungen nicht zuletzt auch ein wenig mehr Chancengerechtigkeit bei den Schülerinnen und Schülern“, argumentierte Dr. Margarete Lässig, vom Gesundheitsdienst der Stadt Wien, der Magistratsabteilung 15 (MA 15). Die Schulärztinnen und Schulärzte der MA 15



v.l.: Gertrude Jindrich, Walter Leiss, Gudrun Weber, Jörg Jähnel, Margarete Lässig, Judith Glazer, Verena Biribauer (Karl Landsteiner Gesellschaft), Magdalena Meergraf (Moderatorin)

betreuen die städtischen Volksschulen, Neue Mittelschulen und Sonderschulen sowie Polytechnische Lehrgänge und Berufsschulen der Stadt. „Schulärztinnen und Schulärzte sind das größte Helfersystem direkt an den Schulen und auf Grund der Ausbildung auch am vielseitigsten einsetzbar“, erklärte Dr. Gertrude Jindrich, die in der Bildungsdirektion Oberösterreich für den Schulärztlichen Dienst verantwortlich ist. Sie sieht durch die Schulärztinnen und Schulärzte wichtige Aufgaben abgedeckt, zum Beispiel im Bereich Impfpflicht, wodurch Eltern auf Impftücken der Kinder aufmerksam gemacht werden. Auch bei epidemiologischen Fragen, beispielsweise bei Infektionskrankheiten, sind die Schulärztinnen und Schulärzte unverzichtbar, um in Zusammenarbeit mit den Amtsärztinnen und Amtsärzten dafür zu sorgen, dass sich diese an den Schulen nicht weiter ausbreiten. Wichtig sei ihr auch die fachliche Beratung bei gesundheitsfördernden Projekten an Schulen und die Zuführung zu weiterführender

Diagnostik und zuführender Therapie. „Kinder können ohne e-Card und ohne Eltern kommen. Es genügt, dass ein Kind an die Tür des Schularzttimmers klopf“, betonte Dr. Judith Glazer, Präsidentin der Gesellschaft der Schulärztinnen und Schulärzte Österreichs (GÖS). Eine weitere wichtige Aufgabe der Schulärztinnen und Schulärzte hob Dr. Gudrun Weber, Schularzt-Referentin in der Wiener Ärztekammer, hervor — die Beratung der Lehrerinnen und Lehrer: „Gerade in Zeiten zunehmender Inklusion auch chronisch kranker Kinder gibt es viele Fragen der Pädagoginnen und Pädagogen.“

Gemeinden fordern Auslagerung
Auf der anderen Seite der Diskussion stand Gemeindebund-Generalsekretär Dr. Walter Leiss. Das derzeitige System bringe „zu wenig Output. Wir haben geringe Durchimpfungsraten und einen allgemein nicht guten Gesundheitszustand der Kinder.“ Die Gemeinden würden vielfach keine Schulärztinnen oder -ärzte finden — und wenn, seien sie gerade einmal ein paar Stunden anwesend. Leiss plädierte daher für eine altersmäßige Ausweitung des Mutter-Kind-Passes. Dort gebe es ein finanzielles Anreizsystem für Eltern, Untersuchungen bei der regulären Ärztin oder Arzt durchführen zu lassen (die Höhe des Kinderbetreuungsgelds ist daran geknüpft,

Anm.). Zusätzlich sollten Fortbildungsveranstaltungen für Pädagoginnen und Pädagogen angeboten werden sowie interdisziplinäre Teams aus Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern und Krankenpflegepersonal zum Einsatz kommen. Organisiert werden sollten diese aber nicht von den Gemeinden, sondern über die Bildungsregionen. Im Gegensatz dazu plädierte Weber für Anreizsysteme für Ärztinnen und Ärzte: „Natürlich ist es in ländlichen Gebieten oft eine Weg-Frage. Man fragt sich, wie viel bekomme ich bezahlt und wie lange bin ich auf der Straße.“ Oft scheitere es aber auch an der Infrastruktur: „Es kann nicht sein, dass keine Zimmer zur Verfügung gestellt werden oder man keinen Kühlschrank für Impfstoffe anschaffen kann.“ Aber trotz aller Schwierigkeiten, die in der Praxis immer wieder auftreten, ist sie überzeugt: „Die Schulärztinnen und -ärzte einfach wegzuwischen, wäre eine Schande für unser Gesundheitssystem.“ P



Grenzen der Digitalisierung

Die Zeiten, in denen jede Neuerung in den Bereichen Big Data und Künstliche Intelligenz bejubelt wurde, sind vorbei. In ihren Keynotes im Rahmen des **WORKSHOPS DIGITAL HEALTH** bei den 4. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten zeigten Mag. Dr. Florian J. Burger, MA, Referent der Abteilung Sozialversicherung der Arbeiterkammer Wien und Prof. Dr. Erik Graf, Leiter des Fachgebiets Data Engineering an der Berner Fachhochschule, wo die Grenzen dieser Bereiche liegen und welche Auswirkungen dies auf Anwendungen im Gesundheitswesen hat. | von Rainald Edel, MBA

Big Data und Künstliche Intelligenz sind die Top-Themen bei vielen Diskussionen. Entwickler und Manager von Hard- und Softwarelösungen kommen dabei ins Schwärmen und schildern vollmundig, welche neuen Anwendungsmöglichkeiten sich in absehbarer Zeit aufgrund der neuesten Entwicklungen ergeben werden — vom autonomen Fahren bis zur ärztlichen Diagnose durch den Computer reichen die in Aussicht gestellten Anwendungsfelder. Alles hinterlegt mit jeder Menge Daten, die die neuesten Computer- generationen im Handumdrehen auswerten können. Aber rechtliche Rahmenbedingungen, wie die EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), und technische Grenzen bei der Anwendung von Künstlicher Intelligenz haben die Euphorie deutlich eingebremst.

Das Prinzip der Datenminimierung bedeutet, dass nicht mehr Daten in Bausch und Bogen gesammelt werden dürfen.

Florian J. Burger

„Das Schlagwort Big Data ist in aller Munde, doch schon bei der Begriffsdefinition scheiden sich die Geister“, eröffnete Mag. Dr. Florian J. Burger, MA, Referent der Abteilung Sozialversicherung der Arbeiterkammer Wien, seine Keynote bei den 4. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten. Er verwies auf die zwei Grundcharakteristika von Big Data: Zum einen handelt es sich um Massendaten, bei denen keine händische Manipulation mehr möglich ist. Und zum anderen gilt es, die drei Dimensionen des Begriffes Big Data zu berücksichtigen: Volume — der Umfang und das Datenvolumen, Velocity — die Geschwindigkeit, mit der die Datenmengen generiert und transferiert werden, sowie Variety — die Bandbreite der Datentypen und -quellen.

Gesundheitsdaten stehen unter speziellem Schutz

Sowohl in der EU-Gesetzgebung als auch in der österreichischen Verfassung ist ein Recht auf Datenschutz festgeschrieben. „Auch wenn das nach nichts Besonderem klingt, in anderen Gesellschaften, beispielsweise in China oder den USA, gibt es so etwas nicht“, betonte Burger. Als „Meilenstein“ bezeichnete er die vor einem Jahr in Kraft getretene Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), denn diese habe

eine europaweit gültige einheitliche Rechtsbasis geschaffen. Ein wesentliches Grundprinzip darin ist das Prinzip der Datenminimierung. „Das bedeutet, dass nicht mehr Daten in Bausch und Bogen gesammelt werden dürfen, sondern nur jene, die die Organisation tatsächlich berechtigterweise benötigt“, erläuterte der AK-Experte. Im hoheitlichen Bereich — in diesen fallen zumeist auch Gesundheitsdaten — muss zudem noch ein öffentliches Interesse bestehen, dass bestimmte Daten gesammelt werden. Ein weiterer wesentlicher Punkt in der DSGVO ist das „Recht auf Vergessenwerden“. Dieser Aspekt ist relativ neu und soll sicherstellen, dass digitale Informationen mit einem Personenbezug nicht dauerhaft gesammelt

werden dürfen. Ergänzend zu den vorgenannten Gesetzen gibt es auf österreichischer Ebene noch das Datenschutzgesetz, das vor allem ergänzende Aspekte zur DSGVO regelt.

In der DSGVO wird zwischen allgemeinen Daten und Gesundheitsdaten unterschieden, wobei letztere einen besonders hohen Schutz genießen. „Gesundheitsdaten sind personenbezogene Daten, die sich auf die körperliche oder geistige Gesundheit einer natürlichen Person, einschließlich der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, beziehen und aus denen Informationen über deren Gesundheitszustand hervorgehen“, zitierte Burger die Definition durch die DSGVO. „Die Verarbeitung von



© PETER PROVAZNIK (2)

Gesundheitsdaten muss sowohl im Interesse der betroffenen Person als auch im Interesse der Gesellschaft sein. Es darf keine Weitergabe von Gesundheitsdaten an Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie an private Finanzdienstleister und Versicherungen erfolgen“, betonte Burger.

Big Data bei Sozialversicherungen

In der gesetzlichen Sozialversicherung werden große Mengen an Daten gesammelt. Allein die Versicherungsverläufe bilden einen Datenstock, der bis ins Jahr 1972 zurückreicht. Pro versicherter Person werden bis zu 400 Variablen abgespeichert. Dies alles dient dazu, die Zeiten und die Beitragsgrundlagen für die Pension zu ermitteln. Wie groß diese Datenmengen tatsächlich sind, merkte man anlässlich der Umstellung von Jahressummen auf eine monatliche Beitragsrechnung. Auch Teil des „Datenschatzes“ sind laut Burger die Arzneimittelverordnungen und Krankenstandsdiagnosen. „Die Abrechnungsdaten umfassen jährlich rund 115 Mio. Verordnungen“, so Burger, „die ein Volumen von rund 3,5 Mrd. Euro Arzneimittel steuern.“ Die Daten der Sozialversicherungen sind allerdings nicht in einer zentralen Datenbank gespeichert, sondern liegen bei unterschiedlichen Dienstleistern, die zur „Sozialversicherungs-Familie“ gehören. „Die Zukunftsfelder von Big Data sind aus meiner Sicht die Prävention im Sinne der Früherfassung — das heißt die Erfassung von Diagnosen auch mithilfe der Künstlichen Intelligenz“, erklärte Burger. Das zweite Gebiet sei das Thema Polypharmazie — mit den Arzneimittelverordnungen waren in den Kassen-Abrechnungssystemen schon tagesaktuell alle verschriebenen Medikamente enthalten. Für den letzten Punkt verwies Burger auf das 3,5 Mrd. schwere Kostendämpfungsvolumen. „Wenn wir rund 10 Prozent durch optimaleren Arzneimiteleinsatz erzielen, könnten wir 300 Mio. in innovative Medikamente investieren“, so Burger abschließend.

In der Vergangenheit wurde die Intelligenz der Maschinen oft überschätzt und in Trainingserfolge zu viel hineininterpretiert.

Erik Graf

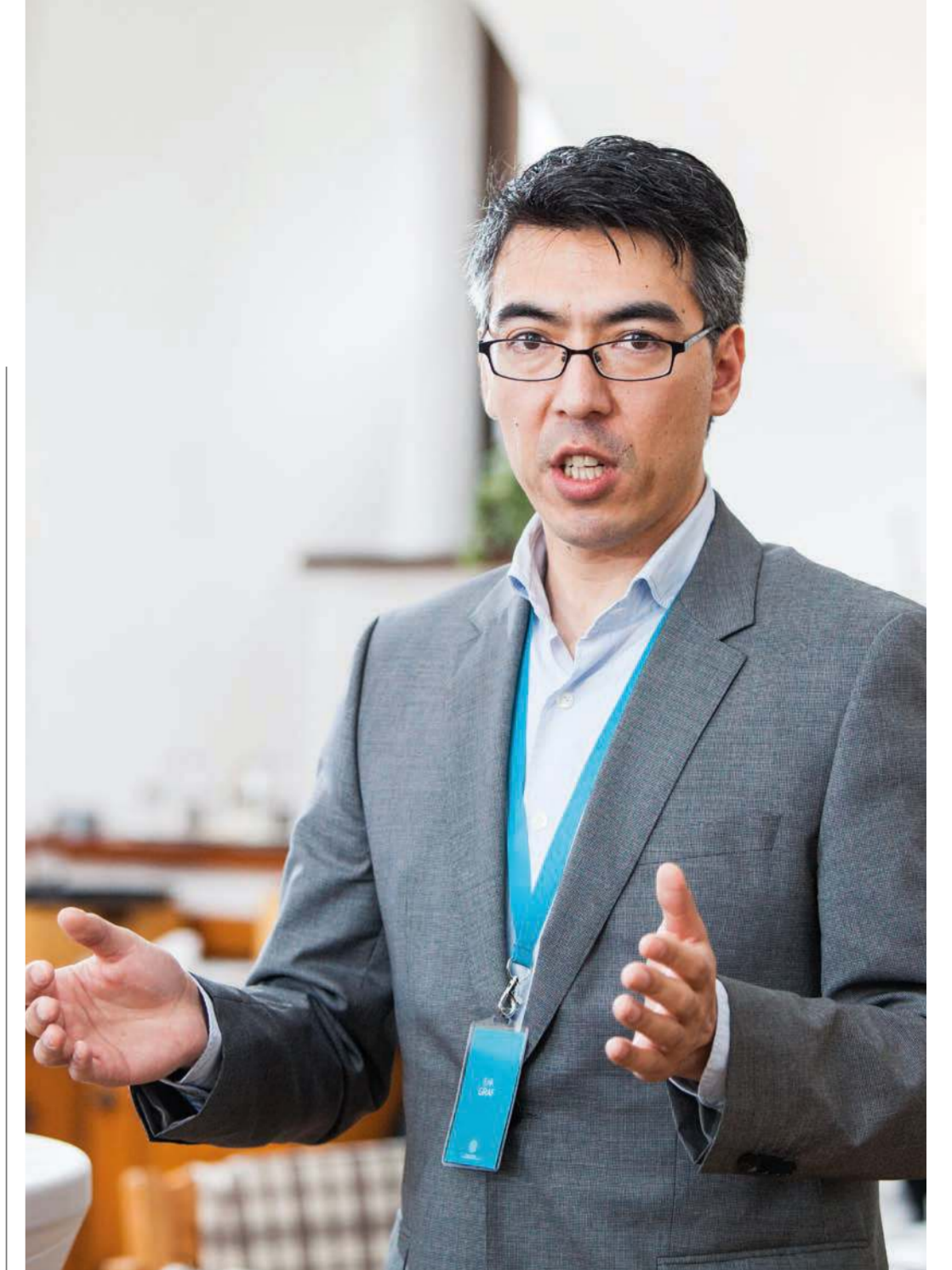
Künstliche Intelligenz — mehr Schein als Sein

Der Begriff der Künstlichen Intelligenz (KI) war lange Jahre ein Synonym für eine bessere Zukunft, in der menschliches Handeln durch die wesentlich schnellere und als unfehlbar mythisierte Künstliche Intelligenz ersetzt werden wird. Von Autos, die selbst fahren, über Computer, die unfehlbare Diagnosen stellen, reichten die Prognosen und Ankündigungen von Konzernen. Im Rahmen seiner Keynote bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen 2019 im Stift Seitenstetten holte Prof. Dr. Erik Graf von der Berner Fachhochschule so manchen hochfliegenden Traum zurück auf den harten Boden der Realität.

„Beim Einstieg in die Forschung und Entwicklung von KI-basierten Lösungen hat man immer das Gefühl, in anderen Bereichen und bei anderen Herstellern funktioniert unglaublich viel und man selbst hinkt hinterher. Tatsächlich wird zumindest von den führenden Herstellern immer versucht, das Erreichte als ein bisschen besser und ein wenig mehr, als tatsächlich geschafft wurde, darzustellen“, schilderte Graf. Die immer wieder gerne als Beweis für die enorme Leistungsfähigkeit der KI genommenen Beispiele, wie der IBM-Computer Deep Blue, das Programm Watson ebenfalls von IBM oder AlphaGo Zero von Google, kämen in erster

BioBox

Professor Dr. Erik Graf promovierte und forschte an der University of Glasgow und hat mit mehreren akademischen und industriellen Forschungsgruppen zusammengearbeitet, darunter das HP Information Dynamics Lab, IBM Labs, die Glasgow IR Group und die Sheffield NLP Research Group. Als Chief Scientific Officer bei Cortical.io war er für die Entwicklung erfolgreicher kommerzieller NLP-Lösungen auf dem US-amerikanischen Markt verantwortlich und zeichnete sich dort durch die erfolgreiche Entwicklung der bis dato größten KI-basierten Systeme im US-Bankensektor aus. Derzeit ist Graf Dozent an der Berner Fachhochschule und leitet den Bereich Data Engineering. Er konzentriert sich auf die erfolgreiche Anwendung von KI-Technologien im Kontext von angewandter Forschung, Lehre und Unternehmertum.



Linie durch das Operieren der KI in einer sogenannten „Closed World“ zustande. Dabei sind alle Zustände, möglichen Variationen und Regeln bekannt. Unter diesen Bedingungen ist der Computer in der Lage, die menschliche Leistungsfähigkeit konsistent zu übertreffen. Werden KI-Systeme aber mit Szenarien konfrontiert, die von jenen abweichen, die zum Lernen verwendet wurden, wird die Genauigkeit schlagartig geringer. In solchen „Open World“-Szenarien werden die Beschränkungen der KI sichtbar: Erstens nimmt die Genauigkeit ab, wenn die KI mit „Unseen Data“ konfrontiert wird, zweitens ist es schwer vorherzusagen, wie sich das System in solchen Fällen verhält.

Scheitern an realen Gegebenheiten

„Sobald man auf offene Systeme wechselt — und offen ist dabei nur dadurch definiert, dass das System sehr viel weiter gespannt ist und eine eigene Dynamik hat —, wird es für KI-Systeme kritisch. Die Anzahl der möglichen Zustände in diesen Systemen ist so groß, dass das System das, was es gelernt hat, generalisieren müsste, um es in der Praxis anwenden zu können“, schilderte Graf die Problematik. Diese Abstrahierung kann die heutige KI aber nicht leisten. „Dieser Unterschied wurde unterschätzt“, so Graf. Autos seien ein gutes Beispiel, um die Problematik zu verdeutlichen. Bis vor zwei Jahren zeigten sich führende Konzerne wie Tesla oder Bosch überzeugt, dass Autos 2020 oder Anfang 2021 autonom fahren können. „Es ist mittlerweile aber klar, dass dies völlig unrealistisch ist“, sagte Graf. Selbst verhältnismäßig einfache Alltagssituationen, wie das Überqueren einer Kreuzung stellen beim autonomen Fahren eine Hürde dar — speziell in den USA, wo in manchen Bundesstaaten nicht die in Europa geltende rechts-vor-links-Regel gilt. Wenn statt rechts vor links die sogenannte all-way-stop-Regel gilt — wer zuerst an die Kreuzung, kam, darf zuerst fahren —, wird oft non-verbale Kommunikation zwischen den Fahrern nötig, um die Vorfahrt zu regeln. Ein unterschätztes und bisher ungelöstes Problem für die KI.

Noch nicht medizintauglich

In der Medizin versuchte man beispielsweise Röntgenbilder durch KI auswerten zu lassen. Dabei hat man aber unterschätzt, welchen Unterschied es für die Systeme mit sich bringt, wenn die Patientinnen und Patienten nicht den erlernten Kriterien entsprechen. Schon allein eine von den eingelernten Mustern abweichende Körpergröße, andere Erkrankungen oder das Alter bringen die Systeme durcheinander. Oder man hat sich in der Lernphase darauf konzentriert, kleine Tumore frühzeitig zu erkennen. Dann übersahen dahingehend trainierte Systeme in der Praxis große, augenfällige Krebszellen. „In der Vergangenheit wurde somit oft die Intelligenz der Maschinen überschätzt und in Trainingsfolge mehr hineininterpretiert als der tatsächliche Output in der praktischen Anwendung beträgt“, so Graf. Die Maschine weiß nicht, dass sie nach Tumoren suchen soll, sondern arbeitet nur auf Pixelbasis von Röntgenaufnahmen. Es geht nur um die Pixel auf einem zweidimensionalen Bild — es fehlt das Wissen, dass es sich dabei um die Darstellung eines Körpers handelt. „Die Maschine versteht nicht wirklich, was einen Tumor ausmacht, sondern nur die Abweichungen vom Trainingsmaterial“, sagte Graf.

„Wenn beispielsweise KI bei Google Vorschläge für Interessen macht und dabei in 60 Prozent richtig liegt, ist das ein durchaus beachtlicher Erfolg. In der Medizin wäre es, wenn nur 60 Prozent der Diagnosen richtig sind, desaströs“, warnte Graf. Das Problem ist, dass Maschinen kein „Fehlerbewusstsein“ haben und vor allem nicht eskalieren können, wenn das vorgelegte Material vom Trainingsmaterial abweicht. „Eine Ärztin oder ein Arzt würde bei Abweichungen stutzig werden und im Kollegenkreis nach weiteren Meinungen suchen“, erklärte Graf. Künstliche Intelligenz könnte dort helfen, wo Zusammenhänge nicht direkt in den Daten abgebildet sind. Der Pharmabereich besitzt bereits solch Daten, die im Zuge klinischer Studien gesammelt wurden. **P**

Spenden-Initiative

6. Pöndorfer Country Charity Challenge 2019: 42.833 Euro gespendet!

Unter der **SCHIRMHERRSCHAFT VON BUNDESMINISTERIN A. D. DR. JULIANE BOGNER-STRAUSS** wurden beim Abschluss der diesjährigen Spendeninitiative am 29. Juni vier Projekte und eine ortsansässige Familie direkt unterstützt. | von Dr. Nedad Memić und Rainald Edel, MBA

Seit bereits sechs Jahren unterstützt der Verein „Subvenire“ Institutionen und Vereine, deren Engagement direkt bei hilfsbedürftigen Menschen ankommt. Heuer sind wieder zahlreiche Unternehmen und Institutionen aus der Region Pöndorf (Hausruckviertel) und aus ganz Österreich der Einladung der ehemaligen Bundesministerin für Frauen, Familien und Jugend Dr. Juliane Bogner-Strauß gefolgt und haben großzügig für den guten Zweck gespendet.



„Die Pöndorfer Country Charity Challenge ist eine großartige Initiative. Dieses Jahr haben wir uns mit dem Projekt des Mobilien Kinderteams mit Unterstützung des Hospizvereins Steiermark in Graz und Leoben, der Ronald McDonald Kinderhilfe, der Werkstätte Steyr der Lebenshilfe Oberösterreich sowie mit dem Verein Feuerball ganz bewusst für Projekte entschieden, die durch ein ehrenamtliches und unermüdetes Engagement ihrer Mitglieder Kinder und Jugendliche sowie ihre Familien direkt unterstützen. Dazu haben wir auch einer ortsansässigen Familie mit schwerem Schicksal unter die Arme gegriffen.“

Juliane Bogner-Strauß

Juliane Bogner-Strauß und Robert Riedl (Peri Group)

Rund 150 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus der Region sowie aus Österreichs Politik, Wirtschaft, Medizin und Wissenschaft feierten in der Gemeinde Pöndorf am 29. Juni den erfolgreichen Abschluss der diesjährigen Spendeninitiative bei vielfältigen Spaß-Wettkämpfen. Die Spenden gingen auch dieses Jahr ohne jedwede Abzüge direkt an die ausgewählten Projekte. Ganz getreu dem Motto „Wir helfen helfen!“ ist die Pöndorfer Country Charity Challenge (PCCC) in den letzten Jahren zu einem traditionellen Fixpunkt in der Charity-Landschaft von Oberösterreich und ganz Österreich geworden. In den letzten sechs Jahren wurden mehr als insgesamt 390.000 Euro im Rahmen dieser Spendeninitiative gesammelt.

Am Programm der diesjährigen Wettkämpfe im Rahmen der Pöndorfer Country Charity Challenge standen spannende Spielstationen wie Stockschießen, Hufeisenwerfen, Geruchstation oder Vikingschach, Heimwerken & Nageln sowie Ladder Golf. Die motivierten Teams gaben ihr Bestes, um möglichst viele Punkte zu erkämpfen. Als Sieger ging das Team „Transport“ mit dem Teamleiter Hans Wielend hervor, gefolgt vom Team „Vollgas“ mit dem Teamleiter Jürgen Daxer. Den dritten Platz teilten sich die Teams „Rumkugeln“ mit der Teamleiterin Gabriele Ott und das Team „Subvenire“ mit der Teamleiterin Martina Hagspiel.

Der Gesamterlös von 42.833 Euro wurde im Rahmen einer feierlichen Scheckübergabe durch die Schirmherrin Bundesministerin a. D. Dr. Juliane Bogner-Strauß an die ausgewählten Projekte überreicht. Im Namen des Mobilien Kinderteams Palliativbetreuung zeigte sich Ute Dolnicar über die Spende in der Höhe von 16.890 Euro erfreut: „Ich möchte mich bedanken, dass wir als Verein eingeladen wurden. Spenden sind für uns wichtig, da wir sonst über keinerlei Einnahmequellen verfügen. Wir finanzieren damit die Ausbildung unserer Palliativkräfte, die direkt den betroffenen Kindern und deren Familien zugutekommt.“



Im Namen der Ronald McDonald Kinderhilfe übernahm Sandra Jayet den Spendenscheck in der Höhe von 14.231 Euro. „Wir wurden heuer zum zweiten Mal ausgewählt, was uns sehr ehrt. Da der Bau für unser neues Haus in Salzburg bevorsteht, stellt diese Spende einen zusätzlichen wichtigen Baustein dar. Darüber freuen wir uns sehr.“

Für die Lebenshilfe Steyr nahm die Präsidentin der Österreichischen Apothekerkammer Mag.pharm. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr den Spendenscheck mit 7.712 Euro entgegen und bedankte sich dafür. „Es ist erstaunlich, was wir Jahr für Jahr im Rahmen der Pöndorfer

Country Charity Challenge bewegen können. Es ist mir ein Herzensanliegen und ich bin mit großer Freude, Engagement und Spaß dabei“, betonte Mursch-Edlmayr. Martina Loidl vom Verein Feuerball freute sich über eine Spende von 2.000 Euro: „Wir als Verein Feuerball freuen uns, heuer das erste Mal dabei sein zu dürfen. Als kleiner Verein, der gerade österreichweit bekannt werden will, zählt für uns jede Spende. Es ist toll, im Rahmen der PCCC so eine Unterstützung zu erfahren.“

Darüber hinaus erhielt eine hilfsbedürftige Familie aus der Region Pöndorf 2.000 Euro. P



Eine Schirmherrin — vier begünstigte Organisationen



Mobiles Kinderteam Palliativbetreuung



Im November 2014 wurde das „Mobile Kinderteam Palliativbetreuung“ (MKT) unter ehrenamtlicher Beteiligung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Hospizvereins Steiermark mit einem Standort an der Kinderklinik Graz und einem zweiten in Leoben ins Leben gerufen. Ein junges, engagiertes, multiprofessionelles Team, bestehend aus Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie Personen aus den Bereichen Seelsorge, Psychologie und Hospizkoordination begann, schwerstkranken Kinder und deren Familien zu betreuen. Fast alle Kinder sind medizinisch an die Kinderkliniken angebunden und werden zu Hause vom MKT weiterbetreut. Für die Familien hat neben der medizinischen die psychosoziale Begleitung eine sehr große Bedeutung.



Ronald McDonald Kinderhilfe



Seit über 30 Jahren schenkt die Ronald McDonald Kinderhilfe schwer kranken Kindern das Wichtigste, um schneller wieder gesund zu werden: Die Nähe ihrer Eltern und Geschwister. In den Kinderhilfshäusern finden jährlich rund 1.100 Familien ein „Zuhause auf Zeit“ in direkter Kliniknähe. Hier können sie wohnen, ihr Familienleben weitgehend aufrechterhalten und stets in der Nähe ihrer Kleinen sein. Die Nähe der Eltern schenkt den kleinen Patientinnen und Patienten Mut, nimmt ihnen vor allem die Angst vor dem Alleinsein und gibt ihnen Liebe, Kraft und Zuversicht, um schneller wieder gesund zu werden. 21 haupt- und 49 ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kümmern sich hingebungsvoll um unsere Familien und schenken ihnen vor allem Geborgenheit, Hoffnung, Raum für Träume aber auch Trauer.



Lebenshilfe Steyr



Die Lebenshilfe OÖ Werkstätte Steyr wurde am 1. April 1975 in einem vom Magistrat gepachteten Gebäude eröffnet. In den darauffolgenden 40 Jahren entwickelten sich die Werte und Normen des Vereins und die Dienstleistungen der Einrichtung zu einem qualitativ hochwertigen Angebot. Aktuell werden 106 Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen betreut und gefördert, sowie fähigkeitsorientiert und integrativ beschäftigt. Die Leistungen für die zu betreuenden Menschen gehen aber weit über Arbeit und Beschäftigung hinaus und erstrecken sich von Erwachsenenbildung über verschiedene Zusatzangebote in sportlichen, kreativen und kognitiven Bereichen bis hin zu einer Interessens- und Selbstvertretung, deren Netzwerk trägerübergreifend ganz Oberösterreich und Österreich überzieht.



Feuerball



Im Jahre 1995 entstand der Verein Feuerball. Dieser Verein wird von Familien mit betroffenen Kindern und Jugendlichen und mittlerweile sogar von Selbstbetroffenen rein ehrenamtlich geleitet. Der Verein Feuerball versteht sich als politisch unabhängiger und österreichweit tätiger Verein, der hilft, wo Hilfe benötigt wird. Der Verein unterstützt Familien und Betroffene in den schwierigen Zeiten des Klinikaufenthalts, berät bei Fragen rund um das Thema Pflege, klärt über das Aussehen der Narben in der Zukunft auf und ist einfach da, wenn Hilfe benötigt wird. Den Verein Feuerball begleiten seit Jahren renommierte Expertinnen und Experten aus den Gebieten Brandverletzungen, plastische Chirurgie sowie Psychologie, die helfen, die beste Versorgung für die Betroffenen auf die Beine zu stellen.

Teams der PCCC 2019

1. Team Transport, 690 Punkte

Teamleiter: Hans Wielend
Markus Aigner, Juliane Bogner-Strauß, Willi Breiner, Erwin Rebrandl, Martin Schaffenrath, Hans-Jürgen Wielend, Robert Wielend



2. Team Vollgas, 670 Punkte

Teamleiter: Jürgen Daxer
Franz Dolnicar, Sandra Jayet, Thomas Macek-Strokosch, Veronika Macek-Strokosch, Ulrike Mursch-Edlmayr, Matthias Schmidt, Ursula Wiedermann-Schmidt



3. Team Rumkugeln, 640 Punkte

Teamleiterin: Gabriele Ott
Sabine Fischer, Theresia Fischer, Haidar Altaie, Manfred Neudorfer, Christian Moser, Anna Ott, Manuela Schuster, Manfred Schwarz



4. Team Subvenire, 640 Punkte

Teamleiterin: Martina Hagspiel
Ute Dolnicar, Barbara Gebhard, Christa Rebrandl, Martina Loidl



5. Team Haus, 630 Punkte

Teamleiter: Wilfried Herzog
Michaela Asanger, Manfred Holzinger, Dejan Mitrovic, Walter Ratt, Daniel Richter, Thomas Winkler-Maier



6. Team Bilanz, 625 Punkte

Teamleiterin: Renate Niederbrucker
Christian Gebetsberger, Gerhard Gebetsberger, Sarah Kaltenleitner, Johann Kirchgatterer, Verena Madlmayr, Elisabeth Meinhart, Barbara Scheinast, Markus Schemert, Johann Zieher



7. Team XXXL, 610 Punkte

Teamleiter: Alexander Spindler
Herbert Hulan, Franz Rudinger, Anna Schinagl-Padinger, Gerhard Schmidt, Anita Spindler



© CHRISTIAN REDENBACHER/FRAMES IN TIME, ANDREA HÖGLINGER-MAGER/DIE FOTOFRAU

© DIE FOTOFRAU/ ANDREA HÖGLINGER-MAGER (1)



PERI Group: Auch heuer Diamant-Spender der PCCC

Die erworbenen Punkte im Rahmen der diesjährigen Pöndorfer Country Charity Challenge wurden von der PERI Group in bares Geld umgewandelt und dem Gesamterlös hinzugefügt. „Als jahrelanger Diamant-Spender der PCCC geht es uns darum, Institutionen zu unterstützen, die ihre Arbeit dem ehrenamtlichen Engagement verdanken. Auch dieses Mal haben wir uns für vier Projekte entschieden, die sich seit Jahren tagtäglich für die Betreuung schwer kranker Kinder und ihrer Familien, sowie für deren Inklusion in unsere Gesellschaft einsetzen. Dazu haben wir auch heuer eine in Not geratene Familie aus der Region Pöndorf finanziell unterstützt. Unter ihnen allen wird der Gesamterlös ohne Abzug jeglicher Kosten aufgeteilt“, so Mag. Birgit Bernhard und Mag. Hanns Kratzer von der PERI Group.

Spendenkonto

Gemeinsam sind wir stärker

Empfänger:
Subvenire — Verein zur Unterstützung von Menschen in Not

IBAN: AT75 3436 3000
0005 5400

BIC: RZ OO AT 2L 363

Spenden sind steuerlich absetzbar!

Gemeinsam sind wir stärker — Auszug aus der großzügigen Spenderliste der PCCC 2019

- Mag. Monika **Aichberger**
- Dir. Markus **Aigner**, Raiffeisenbank Attersee-Süd eGen Private Banking Attersee
- **Ärztchamber für Oberösterreich**
- **Ärztchamber für Wien**
- Dr. Gerald **Bachinger**
- **Bachinger Dach GesmbH & Co KG**
- Wilfried **Bast**
- Dr. Gerhard **Bayer**
- **BBRZ — Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum**
- Dr. Juliane **Bogner-Strauß**
- Robert **Bincik**, Druckwerkstatt
- **Böck GmbH**
- Dr. Matthias **Bolz**
- Willibald **Breiner**
- Dr. Christoph **Dachs**
- **Digitale Druckwerkstatt**
- **Druckerei Berger GesmbH**
- Ing. Ernst **Eder**, Autohaus Fink GmbH & Autohaus Ing. Ernst Eder GmbH
- Dr. Gabriele **Fischer**
- Christian **Gebetsberger**, Malerei Christian Gebetsberger
- Dr. Reinhold **Glehr**
- **Health4you**
- Mag. Lisa **Heigl-Rajchl**
- Marion **Hemetsberger**, Bergflock
- Manfred **Holzinger**
- Mag. pharm. Gernot **Idinger**
- Univ.-Prof. Dr. Lars-Peter **Kamolz**, ARGE Verbrennung
- Maria **Karl**
- Mag. Christa **Karigl-Ornezeder**, Ornezeder & Partner SteuerberatungsgesmbH & Co KG
- Dr. Ludwig **Kaspar**
- Christoph **Märzendorfer**
- Mag. pharm. Dr. Elisabeth **Messinger**
- Christian **Mitterhauser**, XXXLutz
- Dr. Wilhelm **Molterer**
- Mag. pharm. Dr. Ulrike **Mursch-Edlmayr**
- Maximilian **Neuhofer**, Neuhofer Installationstechnik GmbH & Co KG
- Dr. Ludwig **Neuner**
- **Oberbank AG**
- Andreas **Oitner**, Gebrüder Oitner Bauunternehmung Ges.m.b.H.
- **Oldtimerclub Pöndorf**
- **Preishuber GmbH**
- Dr. Walter **Ratt**
- Dr. Erwin **Rebhandl**
- **Reisebüro Krautgartner GmbH**
- Dr. Alexander **Rosenkranz**
- Hon. Prof.(FH) Dr. Bernhard **Rupp**, MBA
- Mag. Martin **Schaffnerath**, MBA, MBA, MPA
- Dr. Albert **Schmidbauer**, Biogena Naturprodukte
- Thomas & Annegret **Schoffmann**
- Mag. Dr. Klaus **Schuster**
- Helmut **Skazel**, Bau- und Kunstschlosserei
- Dr. Wolfgang **Skoda**
- Univ.-Prof. Dr. Günther **Steger**
- Dieter **Steup**
- Univ.-Prof. Dr. Hannes **Stockinger**
- Dr. Gerhard **Stürmer** Beratungs GmbH
- **VAMED AG**
- Mag. pharm. Thomas W. **Veitschegger**, Maria Schutz Apotheke e. U.
- Univ.-Prof. Dr. Ursula **Wiedermann-Schmidt**
- Hans **Wielend**, Wielend Transport und Handels GmbH
- Bürgermeister Franz **Zeillinger**, Gemeinde Neukirchen an der Vöckla
- Bürgermeister Johann **Zieher**, Gemeinde Pöndorf

PERI GROUP
Einfach umfassend.

© CHRISTIAN REDENBACH/FRAMES IN TIME (6), ANDREA HÖGLINGER-MAGER/DE FOTOPRAU (1)

Welldone

Bessere Aufmerksamkeit bei Print-Publikationen



Die Aufmerksamkeit, die Magazine und Zeitungen durch ihre Printprodukte auf sich ziehen, kann nicht auf die Inhalte der Online-Ausgabe übertragen werden, wenn Unternehmen ihre gedruckte Ausgabe abschaffen und nur noch online Inhalte veröffentlichen.

Schon lange findet eine Diskussion statt, ob die zunehmende Digitalisierung mit all den Möglichkeiten, die sie bietet, die Printausgaben von Magazinen und Zeitungen gefährdet. Viele Unternehmen entscheiden sich schließlich für einen Mix aus On- und Offline-Inhalten. Dabei sind oft Fragen zu klären wie, welchen Stellenwert Online und Print haben sollen und wie sie in Zukunft miteinander funktionieren können. Während mit zunehmendem Fortschritt viele Expertinnen und Experten am Überleben von Print zweifeln bzw. die vielen Vorteile von „Everything digital“ postulieren und davon ausgehen, dass die Digitalisierung als Bereicherung betrachtet werden soll, zeigen Studien, wie auch ein „rein digitaler Weg“ zur Herausforderung für Medienunternehmen werden kann.

Weniger Zeit mit Online-Auftritt als mit Printausgabe

So zeigt eine aktuelle Studie der University of London und der University of Oxford, dass Print-Publikationen wie Wochenmagazine weniger Aufmerksamkeit erhalten, wenn sie ihre gedruckte Ausgabe abschaffen und ihre Inhalte nur noch online veröffentlichen. Für diese Studie haben die Autoren Dr. Neil Thurman, University of London und Dr. Richard Fletcher, University of Oxford, die Reichweiten des britischen Musikmagazins „New Musical Express“ analysiert, dessen Printausgabe im März 2018 nach 66 Jahren Publikation eingestellt wurde. Die wöchentlichen Leserzahlen sind seit dem Ende der Druckversion zwar um 19 Prozent gestiegen, allerdings verringerte sich die Zeit, die die Leserinnen und Leser mit dem New Musical Express verbringen um 72 Prozent. Pro Monat verbringen die Leserinnen und Leser durchschnittlich drei Minuten auf der Website des „New Musical Express“, während sie mit der wöchentlich erscheinenden Printausgabe jeweils 31 Minuten verbracht. Die Zahl der Leserinnen und Leser kann

also zunehmen, jedoch verbringen die Menschen dann deutlich weniger Zeit mit dem Online-Auftritt als mit der Printausgabe. Lukas Heymann, wissenschaftlicher Mitarbeiter vom Institut für Les- und Medienforschung, sieht hier den Vorteil von Print bei der besseren Orientierung. So wissen die Leser beim Printprodukt stets, an welcher Stelle sie beim Lesen sind, wie viele Seiten sie gelesen haben und wie viele noch übrig sind, wogegen die Online-Version eine viel abstraktere Menge an Inhalt aufweist und die Leserinnen und Leser einfach abbrechen können, ohne dass sie das Gefühl haben, etwas verpasst zu haben. Hinzu kommt, dass im Internet auch eine deutlich größere Gefahr besteht, abgelenkt zu werden.

Ein ähnliches Verhaltensmuster der Lesenden erkannten die Kommunikationsforscher Thurman und Fletcher bereits bei früheren Studien. Bei der britischen Tageszeitung „The Independent“, die ihre Printausgabe bereits 2016 eingestellt hat, führten die Wissenschaftler ebenfalls eine Studie durch und kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Diese zeigten, dass die Leserinnen und Leser seither um 81 Prozent weniger Zeit mit der Publikation verbringen als mit dem Printprodukt. Und obwohl es sich beim New Musical Express und der Independent um sehr unterschiedliche Formate handelt — aufgrund ihrer Periodizität, der Zielgruppen und des Inhalts — ist es bemerkenswert, dass die Zeit, die die Leserinnen und Leser mit beiden Publikationen verbringen, nach der Einstellung der Printausgabe einen ähnlichen Verlauf hat. Dies bestätigt einmal mehr, dass man bei Print und Online nicht von Konkurrenz, sondern vielmehr von einer Symbiose sprechen kann, in der beide vom gegenseitigen Nutzen leben. **P** MAG. DREN ELEZI, MA

#Pharmabook

Was ist ein Pinfluencer?



Jetzt hat eine völlig neue Branche die Macht der Influencer entdeckt: die Pharmaindustrie — und die neuen Influencer sind Patientinnen und Patienten. Doch was genau ist eigentlich ein Pharma-Influencer?

Die Vorstellung, dass kranke Menschen ein Selfie mit einer Pillenpackung posten, ist ziemlich makaber und sicherlich auch nicht besonders marketingtauglich. Deswegen geht die Branche subtiler an das Thema heran. Sie arbeitet vor allem mit Patientinnen und Patienten, die eine treue Social-Media-Followerschaft haben.

Wer sind die Patienten-Influencer?

Es sind vor allem die Micro-Influencer, auf die sich die Pharmakonzerne dabei konzentrieren. Denn diese haben einen engeren Kontakt und vor allem einen regeren Austausch mit ihren Followern. Interessanterweise finden die Pharmakonzerne diese Patienten-Influencer aber nicht vorwiegend auf Instagram, wie viele andere Branchen, sondern vor allem auf Facebook und Twitter. Das hat mehrere Gründe: Zum einen sind die Menschen, die sich über Gesundheitsthemen unterhalten, tendenziell älter und somit eher auf Facebook und Twitter unterwegs. Die Patienten-Influencer sind natürlich auch privat an Gesundheitsthemen interessiert und berichten über neue Studien, eigene Erfahrungen oder persönliche Rückschläge. Bislang ist der Trend zu den Patienten-Influencern fast ausschließlich ein US-Phänomen. Das liegt vor allem daran, dass diese Art von Medikamenten-Werbung in Europa sehr viel strenger reguliert ist.

Aber auch in Europa entdeckt die Pharmaindustrie die Influencer

Während das Posten von Medikamenten selbst stark reguliert ist, gilt dies nicht für allgemeine Gesund-

heitstipps. Diese Art von „Pinfluencer“ gibt es in Europa durchaus. Auch hier vermitteln Agenturen zwischen der Gesundheitsbranche und den Patientinnen und Patienten. Hierbei geht es aber eher um Erfahrungsaustausch oder darum, ein Bewusstsein für komplexe Themen wie etwa Brustkrebs oder MS zu schaffen. Dennoch ist klar: Auch die Pharmaindustrie entdeckt langsam, aber sicher das Potenzial der Influencerinnen und Influencer für sich.

Social Media und Storytelling in der Pharmabranche

- Komplexe Themen auf ihren Kern reduziert: Die Mittel des Storytellings helfen dabei, Geschichten zu finden und sie wie einen roten Faden durch die Unternehmenskommunikation zu ziehen
- Pharma kann mehr als trockene Infos: Mit emotionalen Geschichten Zielgruppen wirksam erreichen

„Bei Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie bitte Ihren Arzt oder Apotheker“ ist vermutlich das Erste, was einem beim Stichwort „Pharmabranche“ einfällt. Unverständlicher Fachjargon, komplexe Themen und komplizierte Fakten lassen Kundinnen und Kunden schnell abschalten. Doch gerade hier, wo so viel bedeutende Forschung und emotionale Geschichten passieren, lassen sich unzählige Unternehmensstories

finden. Pharmaexperten wie Pfizer, Bayer oder Aristomachen's vor: Mit den Mitteln des Storytellings brechen sie Sachverhalte auf ihren Kern herunter und erzählen so ganz verständlich von Therapien, Forschungserfolgen und unbekanntem Krankheiten.

Neuer Fokus: Weniger Krankheit, mehr Mensch

Die Branche bewegt sich in einem sehr sensiblen Gefüge zwischen forschender Pharmaindustrie, Patientinnen und Patienten sowie Medizinerinnen und Mediziner. Auf emotionaler Ebene geht es aber immer um Menschen und ihr Wohlbefinden. Es geht nicht um die Krankheit. Es geht um die Betroffenen, die durch die Therapie mit den richtigen Präparaten geheilt werden. Oder zumindest ein großes Stück Lebensqualität zurückgewinnen. Das wiederum ist nicht nur spannend für die Patientinnen und Patienten. Auch in der Arbeit mit Medizinerinnen und Mediziner, die zeitlich sehr eingebunden sind, hilft die Kommunikation über Geschichten.

#perionlineexperts. Als führende Agentur für die gesamte Onlinepräsenz — Schwerpunkt Healthcare und Pharma — bietet perionlineexperts mit seinem 360°-Spektrum aller digitalen Möglichkeiten seinen Kundinnen und Kunden sowie Partnerinnen und Partnern eine hochprofessionelle komplette Präsenz im Internet: State-of-the-art-Websites, effizientes Social-Media-Marketing, Storytelling, Influencerinnen und Influencer, laufender

Fachcontent, Social-Video, Live-Video, Google-Optimierung, Newsletter und natürlich eine 24/7-Betreuung. Zurzeit werden täglich rund 40 Social-Media-Accounts mit laufender Contentbetreuung — Text, Bild, Video — „bespielt“. Weiters wurden in den letzten Monaten rund 200 Social-Videos inhouse produziert und das Influencer-Marketing und das Facebook-Live-Format weiter ausgebaut. **P**



Mag. Ferenc Papp,
Geschäftsführer perionlineexperts

www.perionlineexperts.at
Quelle: agenturmarketing.de, basicthinking.de



PRÄGNANT



Onkologische Versorgung im Wandel

Dank des medizinischen Fortschritts verbessert sich der Behandlungserfolg bei der Diagnose Krebs und die Überlebenschancen sowie Möglichkeiten, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, steigen. Doch vor welchen Herausforderungen steht das Gesundheitssystem durch neue Krebstherapien und wie kann die Effektivität neuer Medikamente beurteilt werden? Beim 12. Regionalen PRAEVENIRE Gipfelgespräch im Servitenviertel reflektierte Mitte November eine hochkarätige EXPERTENRUNDE DIE ONKOLOGISCHE VERSORGUNG am Beispiel der Stadt Wien. | von Mag. Petra Hafner

Onkologische Erkrankungen sind in entwickelten Ländern die zweithäufigste Todesursache. In Österreich steigen aufgrund der demographischen Entwicklung sowohl die Krebsprävalenz (Anzahl der Krebspatientinnen und -patienten) als auch die Krebsinzidenz (Neuerkrankungen) an. Laut Statistik Austria gibt es in Österreich jährlich rund 40.000 Neuerkrankungen, die Zahl der an Krebs erkrankten Menschen ist von rund 200.000 im Jahr 2000 auf rund 350.000 im

Es ist eine ethische Verpflichtung, neue innovative Medikamente möglichst rasch an die Patientinnen und Patienten zu bringen.

Michael Binder

Jahr 2016 gestiegen. Ausschlaggebend für den starken Anstieg ist neben der demographischen Entwicklung, die aus dem stetig wachsenden Anteil der älteren Bevölkerung resultiert, auch das — dank verbesserter Therapien — längere Überleben der Patientinnen und Patienten. Für das österreichische Gesundheitssystem stellt die Kombination dieser bei-

den Entwicklungen eine Herausforderung dar und bringt ein komplexes Spannungsfeld aus ethischen, wissenschaftlichen und finanziellen Fragen. Beim 12. Regionalen PRAEVENIRE Gipfelgespräch im Servitenviertel standen genau diese Fragestellungen im Mittelpunkt einer hochkarätigen Runde mit ausgewiesenen Onkologie-Experten.

Mantelregister ermöglicht Dokumentation und Erhebung von Langzeitdaten

Für den Medizinischen Direktor des Wiener Krankenanstaltenverbands (KAV), Dr. Michael Binder, ist es „eine ethische Verpflichtung, neue innovative Medikamente möglichst rasch an die Patientinnen und Patienten zu bringen“. Der versprochene Wert von Medikamenten müsse auch den Tatsachen entsprechen, wobei oft Langzeitdaten fehlen würden, unterstrich Binder. Er plädierte dafür, den Einsatz von teils teuren, innovativen Onkologie-Medikamenten zu dokumentieren, wodurch sich auch Langzeitdaten gewinnen ließen. Anhand eines österreichweit einheitlich organisierten sogenannten Mantelregisters könnte durch das österreichweite Erfassen innovativer Medikamente erstmals auch deren ganzheitlicher Nutzen bewertet werden. Unter den anwesenden Expertinnen und Experten herrschte Konsens darüber, dass man

v. l.: Matthias Preusser, Felix Keil, Hannes Kaufmann, Thomas Czypionka, Michael Binder, Otto Rafetseder, Christoph Zielinski



Teilnehmende

- **Dr. Michael Binder**
Medizinischer Direktor des Wiener Krankenanstaltenverbands (KAV)
- **Dr. Thomas Czypionka**
Leiter des Bereichs Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik am IHS
- **Mag. Sigrid Haslinger**
Director Market Access & Commercial Operations, MSD
- **Prim. Doz. Dr. Hannes Kaufmann**
Abteilungsleiter der 3. Medizinischen Abteilung — Zentrum für Onkologie und Hämatologie des Sozialmedizinischen Zentrums Süd, Wien
- **Prim. Univ.-Prof. Dr. Felix Keil**
Abteilungsleiter der 3. Medizinischen Abteilung des Hanusch-Krankenhauses, Wien
- **Univ.-Prof. Dr. Matthias Preusser**
Leiter der Klinischen Abteilung für Onkologie an der MedUni/AKH Wien
- **Dr. Otto Rafetseder**
Koordinator Zielsteuerung Gesundheit, Magistratsabteilung 24 — Strategische Gesundheitsversorgung der Stadt Wien
- **Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Christoph Zielinski**
Wissenschaftlicher Leiter des Vienna Cancer Centers

© PETER PROVAZNIK (2)

anhand qualitativer Kriterien bewerten müsse, wie effektiv die verschiedenen Medikamente tatsächlich seien. Auch war man sich einig, dass es bei innovativen Therapien, die zumeist sehr teuer sind, nicht um eine simple Kostenrechnung gehe, sondern die Effizienz der Medikamente im Vordergrund stehe.

Derzeit gebe es bezüglich Langzeit- und Gesamtnutzen der neuen Medikamente kaum aussagekräftige Daten außerhalb klinischer Studien. Prim. Univ.-Prof. Dr. Felix Keil, Vorstand der 3. Medizinischen Abteilung des Hanusch-Krankenhauses, sprach die Toxizität von Medikamenten an. Im klinischen Alltag würden nach Zulassung neuer Medikamente häufiger mehr oder auch noch nicht beschriebene Nebenwirkungen auftreten. Außerdem würde die in Studien beschriebene Wirksamkeit gelegentlich von publizierten Studiendaten abweichen, so Keil. Seiner Ansicht nach könnten ein höheres Alter und Komorbiditäten der betreuten Patientinnen und Patienten dafür verantwortlich sein. Der Onkologe führt dies darauf zurück, „dass in Studien zumeist nur compliant Patientinnen und Patienten ohne schwere Begleiterkrankungen aufgenommen werden und der Beobachtungszeitraum limitiert ist“. Auch der Vorstand der 3. Medizinischen Abteilung — Zentrum für Onkologie und Hämatologie des Wiener Sozialmedizinischen Zentrums Süd, Prim. Doz. Dr. Hannes Kaufmann, beanstandete, „dass ein

Mit einem österreichweit einheitlich organisierten Mantelregister könnte durch das österreichweite Erfassen innovativer Medikamente erstmals auch deren ganzheitlicher Nutzen bewertet werden.

Michael Binder

großer Teil der Patientinnen und Patienten, die wir behandeln, nicht denen entsprechen, die in Studien getestet werden. Unsere Patientinnen und Patienten haben oft andere zusätzliche gesundheitliche Probleme, weshalb die Studienergebnisse nicht einfach analog für sie übernommen werden können.“

Einen weiteren Aspekt im Hinblick auf die Einführung eines Mantelregisters brachte Univ.-Prof. Dr. Matthias Preusser, Leiter der Klinischen Abteilung für Onkologie an der MedUni/AKH Wien, in die Gesprächsrunde ein. Welche Konsequenzen sollten aus den Erkenntnissen der durch ein Register gewonnenen Daten gezogen werden, zumal es sich beim Einsatz der Medikamente um eine nach internationalen Richtlinien empfohlene Therapie handelt? Dass die Medikamente grundsätzlich nicht infrage gestellt werden sollen, sondern durch das Erfassen mittels eines Registers Nebenwirkungen und Gegenanzeigen abseits der klinischen Studien genauer dokumentiert und damit die für eine Therapie geeigneten Patientinnen und Patienten besser identifiziert werden können, steht für die beim Regionalen PRAEVENIRE Gipfelgespräch teilnehmenden Mediziner fest.

Durch eine verbesserte Versorgung überleben die Menschen zunehmend mit Krebs und können am gesellschaftlichen Leben teilnehmen.

Thomas Czypionka



Von der Industrie gibt es Unterstützung für ein Register, da mit den Daten der Wert einer Therapie dokumentiert wird.

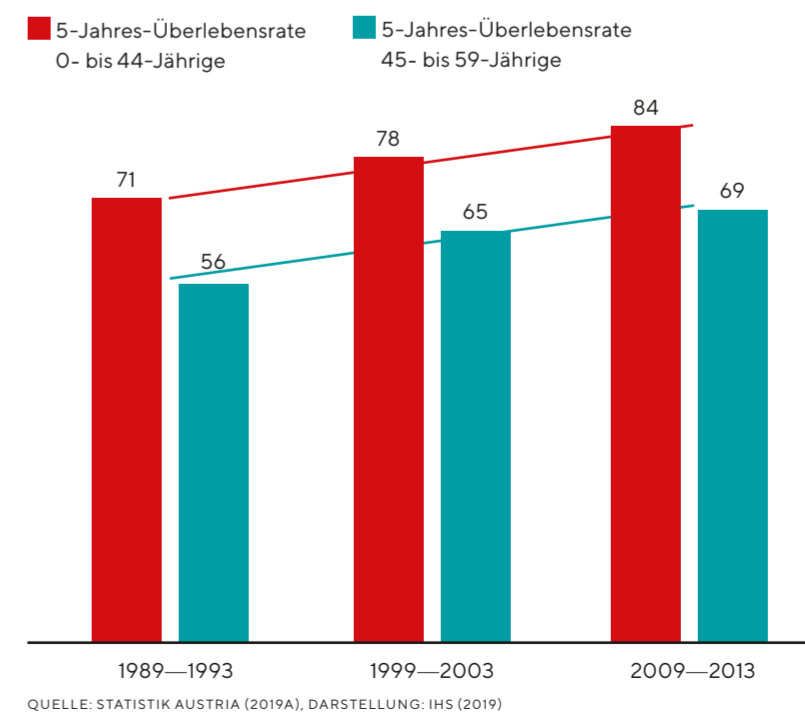
Sigrid Haslinger

Determinanten der gesellschaftlichen Nutzen-Bewertung

„Durch eine verbesserte Versorgung überleben die Menschen zunehmend mit Krebs und können am gesellschaftlichen Leben teilnehmen“, betonte der Gesundheitsökonom Dr. Thomas Czypionka, Leiter des Bereichs Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik am IHS, der im Auftrag der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 die Studie „Onkologische Versorgung im Wandel: Determinanten der gesellschaftlichen Bewertung“ erstellte. Czypionka wies darauf hin, dass sich zahlreiche Faktoren wie Demographie, Wirtschaftsentwicklung, technologische Entwicklungen aber auch die gesellschaftlichen Einstellungen ändern und eine Neubewertung erfordern würden. Den steigenden Gesamtausgaben stehen sowohl eine gesteigerte Lebenszeit und Lebensqualität als auch eine Kosteneinsparung beispielsweise durch weniger Krankenstandstage gegenüber. Mittlerweile beträgt die 5-Jahres-Überlebensrate bei Frauen 63 Prozent, bei Männern 59 Prozent. Im Vergleich dazu lag sie in den Jahren 1989 bis 1993 bei 55 Prozent (Frauen) und 46 Prozent (Männer). Wird der Altersaspekt berücksichtigt, so zeigt sich, dass die 5-Jahres-Überlebensrate in den Jahren 2009 bis 2013 für unter 45-Jährige bei rund 84 Prozent lag, bei den 45- bis 59-Jährigen bei 69 Prozent.

„Dieser deutliche Aufwärtstrend wirft auch für die Arbeitsmarktpolitik neue Fragen auf, wenn es darum geht, Menschen mit Krebs ein

Es ist ein deutlicher Aufwärtstrend bei der 5-Jahres-Überlebensrate bei Krebserkrankungen erkennbar



Wiedereinstieg in das Erwerbsleben zu ermöglichen“, so der Gesundheitsökonom. Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Christoph Zielinski, Wissenschaftlicher Leiter des Vienna Cancer Centers, wies in dem Zusammenhang darauf hin, „dass etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten in der onkologischen Tagesklinik des AKH im Berufsleben steht“. Wie sehr Menschen in den Arbeitsprozess integriert werden, ist nur mit Langzeitdaten messbar. Kaufmann sieht dabei in einem Register einen weiteren positiven Effekt. Um eine ganzheitliche Bewertung des Nutzens neuer Medikamente zu ermöglichen, sollte neben den medizinischen Daten auch die Berufstätigkeit dokumentiert sein. Es sei sowohl für die betroffenen Menschen als auch für ein solidarisches Gesundheitssystem enorm wichtig, dass sie in den Arbeitsprozess zurückkehren und ihr Leben sinnvoll weitergeht.

Mit Prävention und Health Literacy Bewusstsein stärken

Wie viel Geld für die Gesundheitsversorgung ausgegeben wird, ist eine Frage des gesellschaftlichen Konsenses, unterstrich Dr. Otto Rafetseder, Koordinator Zielsteuerung Gesundheit, Magistratsabteilung 24 — Strategische Gesundheitsversorgung der Stadt Wien. Dass in Österreich der Fokus oft auf Früherkennung anstatt Prävention gelegt wird, wurde einhellig kritisiert. Mit Prävention und Verhaltensveränderungen könne viel bewirkt werden und das sei noch wertvoller als Früherkennung. Auch Health Literacy, also das Wissen um medizinische Zusammenhänge, sei durchaus interventionsfähig. Patientinnen und Patienten seien am empfänglichsten, wenn sie „vulnerabel“ sind. „Solche Begleitfunktionen werden zu wenig eingesetzt, die Ärztinnen und Ärzte konzentrieren sich auf Interventionen wie die Gabe von Medikamenten“, so Rafetseder.

Etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten in der onkologischen Tagesklinik des AKH steht im Berufsleben.

Christoph Zielinski

Aufbau von österreichweitem Mantelregister

Mag. Sigrid Haslinger, Director Market Access & Commercial Operations von MSD, signalisierte seitens der Industrie Zustimmung für ein Register. „Mit den Daten wird der Wert einer Therapie dokumentiert“, so Haslinger. Auch würde damit ein Ansatz für eine ganzheitliche Diskussion geschaffen. Österreich könne sich an funktionierenden Registern in den skandinavischen Ländern ein Beispiel nehmen. „Je einfacher die Struktur des Mantelregisters ist, umso höher wird der Erfolg sein“, so Binder. Davor gilt es, die Politik von den Vorteilen eines Mantelregisters zu überzeugen, denn für ein österreichweit einheitliches Register braucht es eine entsprechende Verordnung und Bedenken bezüglich der Verarbeitung gesundheitsrelevanter Daten müssen entkräftet werden. Der Gesundheitsökonom Czypionka sieht unter Beachtung der Datenschutzrichtlinien den Datenschutz bei einem Mantelregister voll gewahrt. Bezüglich der Kosten eines Registers schlug Binder vor, diese in die Medikamentenkosten einzuzurechnen, denn angesichts der infrage kommenden Medikamente werde es sich um keinen wesentlichen Anteil handeln. Dass ein Mantelregister binnen kurzer Zeit einen Nutzen bringt, um die Effektivität neuer Onkologie-Medikamente und Krebstherapien zu beurteilen, davon waren die Experten überzeugt. P



PRÄGNANT

Neue Generation auf die Zukunft vorbereiten



UNIV.-PROF. DR. LARS-PETER KAMOLZ, MSc, Leiter der Abteilung für plastische, ästhetische und rekonstruktive Chirurgie an der MedUni Graz, referierte in Block 3 der 4. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten über die Anforderungen an die Ärzteausbildung und schilderte, wie sich diese in Zukunft verändern wird und was es dabei zu beachten gilt. | von Mag. Dren Elezi, MA

Der demografische Wandel stellt Medizinerinnen und Mediziner sowie die Patientenversorgung in Österreich vor neuen Herausforderungen. Mit dem Ziel, eine dem Stand der Wissenschaft und den modernen Anforderungen entsprechende qualitätsvolle Ärzteausbildung zu schaffen sowie der Sorge um einen Nachwuchsmangel entgegenzutreten, haben Bemühungen um eine Reform der Ausbildung zu der im Oktober 2014 beschlossenen grundsätzlichen Neugestaltung der Ärzteausbildung geführt (ÄAO 2015). Damit wurde in Österreich die Ärztinnen- und Ärzteausbildung gesetzlich neu geregelt und eine Grundlage für eine strukturell, inhaltlich und EU-konforme Regelung geschaffen. Univ.-Prof. Dr. Lars-Peter Kamolz, MSc, Leiter der Abteilung für plastische, ästhetische und rekonstruktive Chirurgie an der MedUni Graz, betonte in seiner Keynote, dass die Ausbildung eine der wesentlichen Herausforderungen für die Zukunft sei. „Wir bilden jetzt die Personen

aus, die uns in Zukunft höchstwahrscheinlich behandeln werden“, so Kamolz. Am Beispiel der amerikanischen Pathologinnen und Pathologen schilderte Kamolz die Problematik, dass es bestimmte medizinische Berufe gäbe, die unerlässlich sind und wo sehr früh reagiert werden müsse, um die hohe Versorgungsqualität auch weiterhin gewährleisten zu können. „In Österreich kommt im Schnitt ein Pathologe bzw. Pathologin auf etwa 29.000 Einwohner. Zum Vergleich sind es in den USA durchschnittlich 17.000 Einwohner pro Pathologin bzw. Pathologe.“ Da in den USA allerdings die Ausbildung der Pathologen momentan nicht ausreichend gewährleistet sei bzw. in diesem Bereich zu wenig Ausbildung stattfindet, wird dieser Schnitt laut Kamolz innerhalb weniger Jahre auf 27.000 Einwohnerinnen und Einwohner steigen. Dem Experten zufolge spiegeln solche und ähnliche Prognosen zukünftige Herausforderungen wider, wenn nicht frühzeitig reagiert wird.

BioBox

Univ.-Prof. Dr. Lars-Peter Kamolz, MSc ist Leiter der Klinischen Abteilung für plastische, ästhetische und rekonstruktive Chirurgie am LKH-Universitätsklinikum Graz. Dazu ist er Forschungseinheitsleiter der Research Unit for Safety in Health und des Kooperativen Zentrums für Regenerative Medizin COREMED der JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH und im Vorstand des VLKÖ (Verband der leitenden Krankenhausärzte Österreichs). Kamolz wurde 1972 in Berlin geboren. Nach der Matura am Humanistischen Gymnasium in Baden studierte er Humanmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien. Nach seiner Facharzt Ausbildung und Habilitation im Bereich plastische, ästhetische und rekonstruktive Chirurgie absolvierte er ein berufsbegleitendes Studium (MSc) in Krems mit Schwerpunkt auf Prozess- und Qualitätsmanagement. Von 2007 bis 2010 leitete er am AKH Wien das Zentrum für Schwerebrandverletzte.



Demographie und Bedürfnisse berücksichtigen
„Betrachten wir den demografischen Wandel, lässt sich feststellen, dass wir in einigen medizinischen Bereichen in den nächsten Jahren einen gewissen Mangel haben werden“, so Kamolz. Die Demografie ist laut Kamolz ein wichtiges Indiz, das es zu berücksichtigen gilt, „denn wir wissen jetzt bereits, wohin sich die demografische Entwicklung bewegt und kennen die bestehenden Bedürfnisse. Wenn heute eine Entscheidung über neue Ausbildungsformen getroffen wird, muss man sich bewusst machen, dass es jahrelang dauert, bis die angehenden Medizinerinnen und Mediziner fertig ausgebildet sind“, gab Kamolz zu bedenken. Daher sei es besonders wichtig, „sehr weit vorzudenken und zu versuchen vorzusehen, wie

Betrachten wir den demografischen Wandel, lässt sich feststellen, dass wir in einigen medizinischen Bereichen in den nächsten Jahren einen gewissen Mangel haben werden.

Lars-Peter Kamolz

die medizinische Ausbildung und Versorgung in Zukunft gestaltet sein soll.“ Der medizinische Fortschritt sei so rasant, dass Entwicklungen und potenzielle Berufsbilder in zukünftige Modelle und Konzepte miteinbezogen werden müssen, die es in Zukunft vermehrt geben könnte wie beispielsweise Dokumentationsassistentinnen und -assistenten. Angesichts dessen betonte Kamolz, dass man sich im Rahmen der Überlegungen zu einer Reform der Ausbildung auch mit der Frage auseinandergesetzt habe, wie man die Ausbildung optimieren könne. „Eines der Ziele war einerseits, die Ausbildung zu optimieren. Andererseits wissen wir auch, dass die Medizin vor allem in den Fachbereichen immer komplexer wird und es eine gewisse Zeit erfordert, um das Fach zu durchdringen“, so Kamolz. Laut dem Leiter der klinischen Abteilung für plastische, ästhetische und rekonstruktive Chirurgie, sei der medizinische Fortschritt derzeit sehr groß, sodass sich „das medizinische Wissen binnen sieben Monaten verdoppelt. Wir sprechen von einem Wandel, der in einer relativ kurzen Zeit passiert. Um in den medizinischen Fächern wirklich gut sein zu können, müssen wir für eine fundierte Ausbildung sorgen“, bekräftigte Kamolz.

Außerdem sei darauf zu achten, dass wir ausreichend Assistenten und Assistentinnen sowie auch gut ausgebildete Fachärztinnen und Fachärzte benötigen, wobei Kamolz auch



PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 Block 3 | Standortpolitik — Gesundheitsberufe — Ausbildung

Programm im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2019

KEYNOTES

- **Standortpolitik — Gesundheitsberufe — Ausbildung**
Dr. Hans Jörg Schelling | PRAEVENIRE Präsident
- **Gesundheit als Wirtschaftsfaktor**
Dr. Thomas Czyponka | Leiter des Bereichs Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik am Institut für Höhere Studien (IHS)
- **Anforderungen an die Ärzteausbildung**
Univ.-Prof. Dr. Lars-Peter Kamolz, MSc | Abteilungsleiter der klinischen Abteilung für plastische, ästhetische und rekonstruktive Chirurgie an der MedUni Graz
- **Zukünftige Herausforderungen an die Gesundheitsberufe**
Mag. Silvia Rosoli | Leiterin der Abteilung Gesundheitsberuferecht und Pflegepolitik in der Arbeiterkammer Wien

PODIUMSDISKUSSION:

- Dr. Thomas Czyponka | Leiter des Bereichs Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik am Institut für Höhere Studien (IHS)
- Univ.-Prof. Dr. Lars-Peter Kamolz, MSc | Abteilungsleiter der klinischen Abteilung für plastische, ästhetische und rekonstruktive Chirurgie an der MedUni Graz
- Mag. pharm. Jürgen Rehak | Präsident des Österreichischen Apothekerverbands
- Mag. Silvia Rosoli | Leiterin der Abteilung Gesundheitsberuferecht und Pflegepolitik in der Arbeiterkammer Wien
- Dr. Hans Jörg Schelling | PRAEVENIRE Präsident

Stimmen aus der Podiumsdiskussion



„Im Fokus steht die Frage, wie man die Lebensqualität der Menschen verbessern kann. Wesentlich ist, dass man im Sinne der Patientinnen und Patienten handelt und das Wohl der bzw. des Einzelnen und die Expertise von vielen Gesundheitsberufen zusammenführt.“ **Mag. pharm. Jürgen Rehak | Präsident des Österreichischen Apothekerverbands**



„Es müssen Maßnahmen für die Zukunft gesetzt werden, um den neuen Herausforderungen der Allgemeinmedizin gerecht zu werden. Die vorhandenen finanziellen Mittel müssen dafür richtig eingesetzt werden. Dazu sollten die zukünftigen Gesundheits- und Krankheitsbilder erforscht werden, um die Ausbildung optimal anzupassen.“ **Dr. Hans Jörg Schelling | PRAEVENIRE Präsident**

v.l.: Thomas Czyponka, Lars-Peter Kamolz, Jürgen Rehak, Silvia Rosoli, Hans Jörg Schelling

betonte, dass mehr Medizinstudentinnen und Studenten allein nicht die Lösung für die zahlreichen Herausforderungen seien. „Für die Zukunft benötigt es neue Konzepte“, appellierte der Mediziner Kamolz. „Die jetzt vor der Ausbildung stehende Generation legt auf ein gutes Ausbildungskonzept und auf die Ausbildungsqualität Wert, das muss mehr berücksichtigt werden.“ Die Demografie bei der Ausbildung bedeutet, dass die unterschiedlichen Generationen an Ärztinnen und Ärzten auch andere Anforderungen ans Leben stellen (Work-Life-Balance). „Mit diesen unterschiedlichen Generationsgruppen müssen wir differenziert umgehen und versuchen sie auf je angemessene Weise bei Laune zu halten.“ Laut Kamolz komme der Ausbildung daher eine immer wichtigere Bedeutung zu, „denn um den Bedarf langfristig zu decken, braucht es attraktivere Rahmenbedingungen, damit wir gutausgebildete junge Menschen nicht verlieren bzw. deren Abwanderung verhindern.“ Das beginne laut Kamolz bei einer qualitativ hochwertigen Ausbildung und ende bei attraktiven Arbeitsbedingungen. Hinzu komme, dass in der Ausbildung auch berücksichtigt werden müsse, dass neue Generationen sich den Ort ihrer Arbeitsausbildung genau ansehen und nach Kriterien wie einer guten Lebensbedingungen bewerten. „Entscheidend ist, dass die gute Work-Life-Balance deutlich wichtiger geworden ist und der Ausbildung noch viel mehr Bedeutung beigemessen wird. Wenn wir in die Zukunft investieren wollen, dann tun wir das in gut ausgebildete Menschen.“

Qualität im Fokus

Im Rahmen der Basisausbildung der mit 1. Juni 2015 in Kraft getretenen Ärzte-Ausbildungsordnung beginnt die postpromotionelle Ausbildung sowohl für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin als auch zum Facharzt zwingend mit der neunmonatigen Basisausbildung in konservativen und chirurgischen Fachgebieten. Ziel ist der Erwerb von klinischen Basiskompetenzen sowie die fachgerechte Behandlung von Notsituationen. Um die Qualität zu steigern und die Möglichkeit zu erhalten, um über den Tellerrand hinauszusehen und andere Krankenhäuser bzw. Einheiten kennenzulernen, gibt es laut Kamolz bei der Basisausbildung auch die Mög-

lichkeit der Rotation. „Die Vermittlung der Ausbildungsinhalte kann auch durch Rotation an konservative und operative Abteilungen erfolgen. Oft gibt es nicht nur eine, sondern unterschiedliche Lösungen für ein Problem.“ Gleichzeitig gilt es neben der Fortbildung auch darauf zu achten, dass bei den Ausbildungen auch Ambulanztätigen und andere Versorgungskonzepte in Zukunft ermöglicht werden. Andere Überlegungen könnten auch sein, dass standortübergreifend Ausbildungen gewährleistet werden und bereits vor der Ausbildung entschieden werden kann, welches Fach von größerem Interesse ist und wo die Ausbildung in welcher Form möglich ist bzw. inwiefern Rotationen möglich sind. Die Zukunft der medizinischen Versorgung hänge zu einem wesentlichen Teil auch von der Qualität der medizinischen Ausbildung ab. „Die Qualität zu sichern, ist ein wesentlicher Punkt für eine optimale medizinische Versorgung. Das muss auch die Ausbildung ganz klar ermöglichen.“

Ärzte entlasten

Kamolz bekräftigte zudem, dass es in Zukunft auch sehr wichtig sein würde, dass Ärztinnen und Ärzte sich auf ihre Kernkompetenzen bzw. Kernaufgaben fokussieren können. Vor allem jüngere Ärztinnen und Ärzte würden teilweise zu wenig Praxis erhalten und — statt mit Patientinnen und Patienten zu arbeiten — vielmehr mit administrativen Aufgaben beschäftigt sein. „Für die medizinische Dokumentation und Sammlung von Daten gibt es beispielsweise bestimmte Berufsgruppen wie Dokumentationsassistenten, die das auch übernehmen können. Wir müssen daher an neue Berufsgruppen denken, die uns Ärzten ermöglichen, in unserem Kernkompetenzfeld zu arbeiten, ohne immer öfter zusätzliche Aufgaben wahrnehmen zu müssen. In den USA, wo Ärzte zur teuersten Berufsgruppe zählen, ist es üblich, dass bestimmte Aufgaben von nicht ärztlichen Berufsgruppen wahrgenommen werden und die Ärzte sich noch mehr auf Ihre Kernaufgabe konzentrieren können und sollen.“

Abschließend betonte Kamolz: „Unsere Bevölkerung wird zwar im Durchschnitt immer älter, verbringt aber die letzten zehn bis 15 Jahre ihres Lebens trotzdem noch immer in mäßiger Gesundheit, beeinträchtigt durch

Die Qualität zu sichern, ist ein wesentlicher Punkt für eine optimale medizinische Versorgung. Das muss auch die Ausbildung ganz klar ermöglichen.

Lars-Peter Kamolz

chronische Erkrankungen.“ Für die Zukunft sei es wichtig, „dass die Schaffung neuer Konzepte und Strukturen inhaltlicher Natur in den Fokus der Diskussion gerückt werden.“ Der Trend gehe in Richtung organbezogenes Arbeiten bzw. abgestimmte abteilungsübergreifende Konzepte, wie zum Beispiel Kardiologie und Herzchirurgie oder Angiologie, Interventionelle Radiologie und Gefäßchirurgie. Konzepte, die Kamolz für die Ausbildung als zukunftsweisend erachtet. Diese neuen Versorgungskonzepte müssen sich auch in der Ausbildung wiederfinden bzw. sollten berücksichtigt werden. „Jetzt haben wir die Chance die Zukunft zu gestalten. Nehmen wir die Möglichkeit wahr, aktiv mitzuarbeiten, so dass die nächste Generation, die uns dann behandeln wird, uns auch so behandelt, wie wir es wünschen.“



© PETER PROVAZNIK (4)



PRÄGNANT



Anforderungen an ein Gesundheitssystem

Eine internationale Sicht und einen Überblick zu den derzeit führenden Denkmodellen in der Gesundheitsversorgung präsentierte **DR. THOMAS CZYPIONKA** vom IHS bei seinem Vortrag in Block 6 „Patientenorientierung“ im Rahmen der 4. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten. | von Rainald Edel, MBA

Wenn man die Frage stellt, welche Anforderungen es an das österreichische Gesundheitssystem gibt, sprudeln als Antwort zumeist viele konkrete Punkte, wo Verbesserungsbedarf besteht. Nicht immer ist es leicht, unter all den Ideen den Überblick zu bewahren. Schnell ist man verleitet, in konkrete Verbesserungsmaßnahmen abzudriften. So wichtig auch jeder der genannten Punkte sein mag, führt dies zwangsläufig zu einem spontanen Aktionismus. Im Sinne des Zugangs „Struktur folgt Strategie“ erläuterte Dr. Thomas Czipionka die Anforderungen an das Gesundheitssystem anhand des Leitfadens

der Weltgesundheitsorganisation (WHO), das abstrahiert von konkreten Maßnahmen, die Grundvoraussetzungen in fünf wesentliche Bereiche gliedert. Als fundamental erachtete er dabei einen ganzheitlichen Blick unter Einbeziehung aller relevanter Stakeholdergruppen.

Weit gefasste Definition
Schon in ihrer Verfassung von 1946 stellte die WHO fest, dass Gesundheit mehr ist, als die bloße Abwesenheit von Krankheit: „Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“. Diese sehr breite und für die damalige Zeit sehr moderne Definition

BioBox

Dr. Thomas Czipionka ist Mediziner und Ökonom und promovierte sub auspiciis praesidentis rei publicae. Als Leiter des Bereichs Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik am Institut für Höhere Studien leitet er angewandte, politikrelevante Forschung für Stakeholder in Österreich und der EU. Neben der Lehre an mehreren Universitäten arbeitet er immer wieder als Experte für Gesundheitsreformen in anderen Ländern. Er ist derzeit Vizepräsident der Austrian Health Economics Association und Visiting Senior Fellow an der London School of Economics.

entspricht dennoch nicht mehr dem heutigen Bild und den Möglichkeiten. Auch hatte die WHO bei ihrer Gründung schon festgehalten, dass ein Gesundheitssystem nicht nur Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser umfasst, sondern auch aus vielen anderen Bereichen besteht. Dies führte 2013, im Rahmen der 8. Weltkonferenz zur Gesundheitsförderung der WHO in Helsinki, zum „Health in all Policies“ (HiAP)-Ansatz. HiAP wurde definiert als „ein Konzept für die öffentliche Politik in allen Sektoren, die systematisch die Auswirkungen von Entscheidungen auf Gesundheit und Gesundheitssysteme berücksichtigt, Synergien sucht und schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit vermeidet, um die Gesundheit der Bevölkerung und gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern.“

Was soll ein Gesundheitssystem leisten?

Ein wichtiges Konzept, um zu verdeutlichen was ein Gesundheitssystem leisten soll, zeigt das vom Bostoner Institute of Healthcare Improvement entwickelte „Triple Aim“-Modell. Das schematisch als Dreieck dargestellte Modell hat an seiner Spitze die Gesundheit der Bevölkerung. Einen der Basis-Eckpunkte bildet der Bereich Experience of Care — also wie empfinden die Patientinnen und Patienten

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030
Block 6 | Systemstruktur & Patientenorientierung

Programm im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2019

KEYNOTES

- **Anforderungen an ein Gesundheitssystem**
Dr. Thomas Czipionka | Leiter des Bereichs Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik am IHS
- **Stärken und Schwächen des österreichischen Gesundheitssystems**
Dr. Alexander Biach | Vorsitzender des Verbandsvorstandes im Hauptverband
- **Traumanezwerk — Traumaversorgung in Österreich**
Dr. Roland P. Frank | Ärztlicher Direktor der AUVA
- **Patientenorientierung**
Dr. Gerald Bachinger | NÖ Patienten- und Pflegeanwalt und Sprecher der Patientenanwälte Österreichs
- **Digitale Informationssuche zu Krankheiten und Ärzten**
Janis Jung, MSc | CEO, mooci GmbH

PODIUMSDISKUSSION

- Dr. Wolfgang Andiel | Präsident des Österreichischen Generikaverbandes
- Dr. Gerald Bachinger | NÖ Patienten- und Pflegeanwalt und Sprecher der Patientenanwälte Österreichs
- Dr. Alexander Biach | Vorsitzender des Verbandsvorstandes im Hauptverband
- Dr. Thomas Czipionka | Leiter des Bereichs Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik am IHS
- Dr. Roland P. Frank | Ärztlicher Direktor der AUVA
- Mag. Alexander Herzog | Generalsekretär der PHARMIG
- Hofrat Dr. Thomas Holzgruber | Kammeramtsdirektor der Ärztekammer für Wien
- Janis Jung, MSc | CEO, mooci GmbH
- Mag. Karl Lehner, MBA | Sprecher des Vorstands OÖ Gesundheits- und Spitals-AG (gespag)
- Mag. Martin Schaffner, MBA, MBA, MPA | Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)

© PETER PROVAZNIK (D), BERNHARD HILBERAND (D)



die Behandlung. Der Bereich Kosten schließt als dritter Eckpunkt das Dreieck. Vielen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftern fehlte bei diesem Modell jedoch ein Punkt, die Work-Life-Balance der Gesundheitsberufe. Denn Studien belegen, dass es zu Performance-Problemen im Gesundheitssystem kommt, wenn das Personal unter Stress steht und sich nicht wohl fühlt. Daher wurde das Modell in der Literatur zum „Quadruple Aim“ erweitert.

Studien belegen, dass es zu Performance-Problemen im Gesundheitssystem kommt, wenn das Personal unter Stress steht und sich nicht wohl fühlt.

Thomas Czipionka

Ein anderes, etwas komplexeres System ist jenes der WHO. „Vereinfacht sagt die WHO, Ziele eines Gesundheitssystems sind: gesundheitlicher Nutzen, gesundheitliche Chancengleichheit, finanzielle Absicherung, finanzielle Gerechtigkeit und Bedarfsgerechtigkeit. Diese können erreicht werden durch Qualität, Transparenz und Verantwortung, Effizienz sowie fairen Nutzen und Verteilung von Ressourcen“, schilderte Czipionka. Von einer Metaebene aus betrachtet, sieht die WHO als Anforderung, dass das Gesundheitswesen der Bevölkerung gleiche Chancen einräumen muss, gesund zu bleiben und zu werden. Individuelle Aspekte, wie genetische Vorbedingungen etc. werden dabei ausgeklammert. Auch Bereiche wie finanzielle Gerechtigkeit hängen immer stark von den jeweiligen regionalen und landestypischen Faktoren ab. So wird unter

finanzieller Gerechtigkeit in den USA oder China etwas anderes verstanden als in Europa.

Zielkonflikte berücksichtigen

Es wäre natürlich naheliegend die Prozesse und Strukturen des Gesundheitssystems an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten auszurichten. Allerdings stößt man dabei unwillkürlich auf Zielkonflikte. Modellhaft dargestellt werden kann dies am Beispiel des „Iron Triangle of Healthcare“. Dieses zeigt den Zielkonflikt zwischen der Qualität, den Kosten und dem Zugang zum System. „Verdeutlichen lässt sich dieser Zielkonflikt am Beispiel der Diabetesversorgung: Wenn wir alle österreichischen Diabetespatientinnen und Diabetespatienten im AKH Wien versorgen, hätten wir vielleicht eine optimale Qualität, aber es würde wahnsinnige Kosten verursachen und die Zugänglichkeit wäre sehr bescheiden“, schilderte Czipionka. Das Gedankenexperiment verdeutlicht, dass man nicht alle Ziele gleichzeitig erreichen könne. „Als Gesellschaft müssen wir uns fragen, wie wir diese Ziele gewichten“, so der IHS-Forscher. Aus Sicht mancher Forscherinnen und Forscher müsse das Iron Triangle of Healthcare noch um einen Aspekt ergänzt werden, nämlich um „Choice“ — wie viel Wahlfreiheit eine Gesellschaft zum Beispiel im Gesundheitssystem will. Wahlfreiheit ist im Gegensatz zu den Kosten zu sehen, denn „wir sehen, dass Länder mit einer höheren Wahlfreiheit auch höhere Kosten im Gesundheitswesen haben“, so Czipionka. Dieser Punkt ist bei der Patientensteuerung zu beachten. Wenn Patientinnen und Patienten, so wie in Österreich, alles auswählen können, steht dies in einem Widerspruch zur Qualität und den Kosten. **P**

v.l.: Thomas Czipionka, Janis Jung, Alexander Biach, Alexander Herzog, Gerald Bachinger, Thomas Holzgruber, Roland P. Frank, Wolfgang Andiel, Karl Lehner, Martin Schaffner

Stimmen aus der Podiumsdiskussion

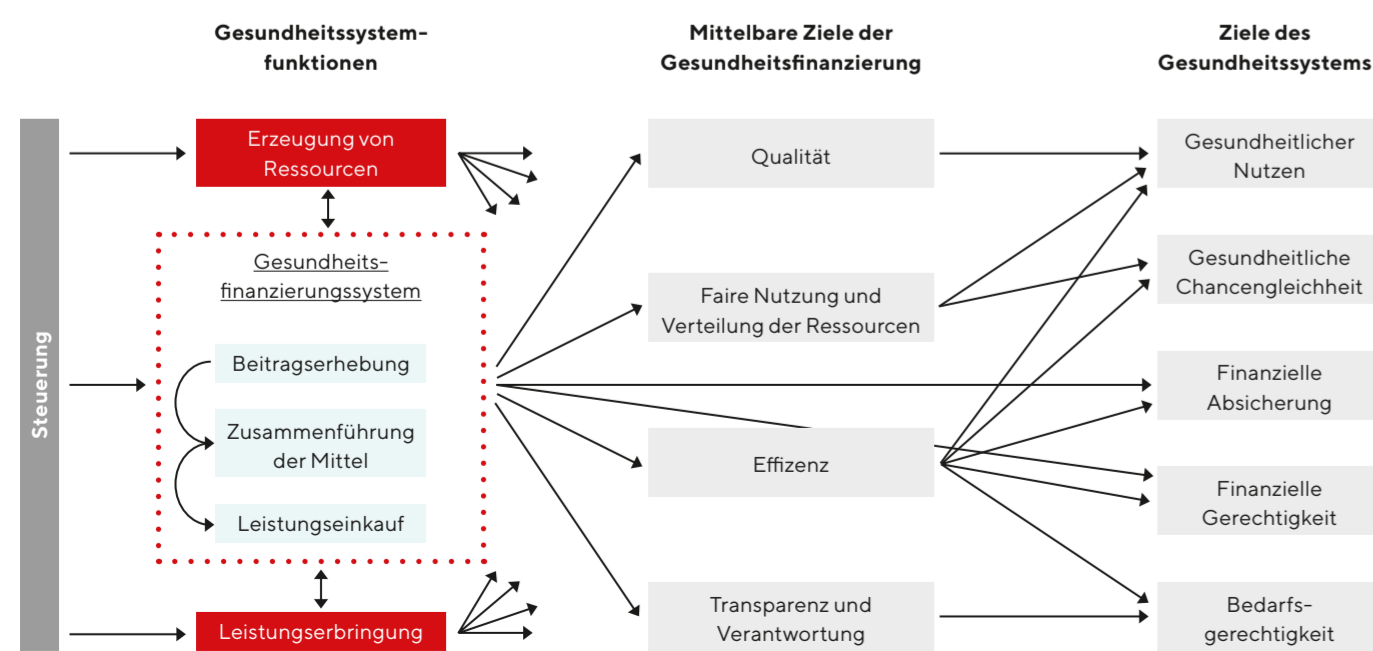


„Wenn man in einer Region eine Primärversorgungseinheit (PVE) gründen will, muss man unbedingt auf die dort ansässigen Gesundheitsberufe zugehen und das Zentrum im Einklang mit diesen errichten. Wir haben Beispiele, wo eine PVE errichtet wurde und im Umkreis drei weitere Ärztinnen bzw. Ärzte in Einzelpraxen arbeiten. Das Problem ist, dass die Patientinnen und Patienten in der PVE einen freien Zugang zu allen dort angebotenen therapeutischen Leistungen haben und diese auch kostenlos erhalten. Hingegen haben die Patientinnen und Patienten der drei anderen Kolleginnen und Kollegen keinen solchen Zugang und sind auf die raren Kassentherapeutinnen und -therapeuten mit langen Wartelisten bzw. auf Wahltherapeutinnen und -therapeuten mit hohen Selbstbehalten angewiesen. Diese Ungerechtigkeiten muss man lösen, sonst bildet sich massiver Widerstand gegen Primärversorgungseinheiten.“ **Dr. Erwin Rebbhandl | Präsident AM Plus**



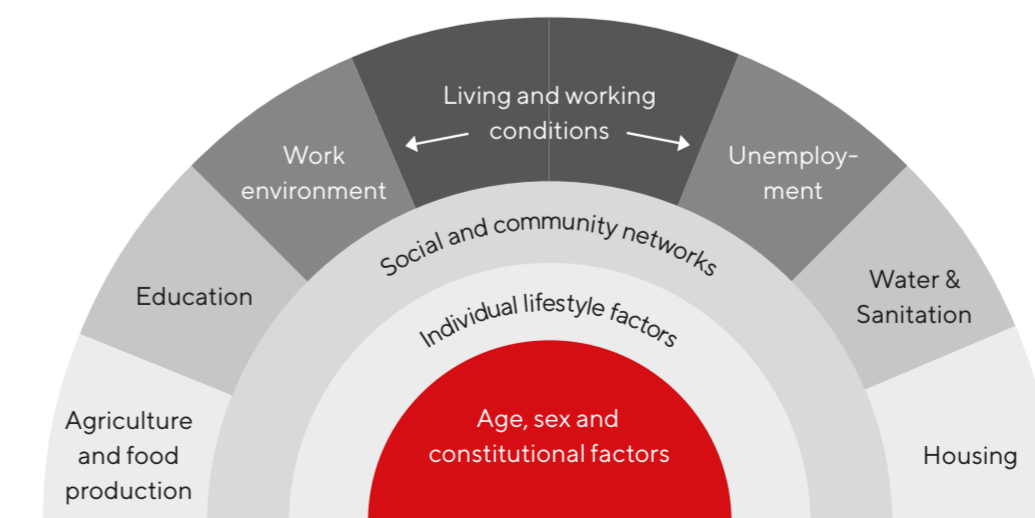
„Unmittelbar nach der Diagnose metastasierter Brustkrebs war es für mich als Patientin schwierig, mich im komplexen Gesundheits- und Sozialsystem zurechtzufinden. Damals hätte ich mir eine Case-Managerin oder einen Case-Manager gewünscht, die bzw. der mich in dieser Krisensituation umfassend unterstützt hätte. Ich wäre besonders für eine Ansprechperson in sozialrechtlichen Belangen dankbar gewesen. Auch in anderen Themenbereichen taten sich große Fragezeichen auf. Medizinisch fühlte ich mich top versorgt, doch was den verschlungenen Weg durch den bürokratischen Dschungel betraf, war ich völlig auf mich allein gestellt. Hier braucht es künftig einen Kompass durch das Gesundheits- und Sozialsystem. Case-Managerinnen und -Manager mit Weitblick und Erfahrung, die auf persönliche Bedürfnisse eingehen und mit Angeboten aufwarten, wären äußerst hilfreich. Dieses Service würde den ohnehin großen Sorgenberg ein wenig kleiner erscheinen lassen.“ **Mag. Claudia Altmann-Pospiscek | Bloggerin „Claudias Cancer Challenge“**

WHO-Modell — Anforderungen an Gesundheitssysteme



QUELLE: WHO 2008

General socioeconomic, cultural and environmental conditions





PRÄGNANT

Initiative Wund?Gesund!

Rückblick auf ein erfolgreiches Jahr 2019

Mit einer Reihe von Maßnahmen und Aktivitäten sowie erreichten Meilensteinen war das Jahr 2019 für **DIE INITIATIVE WUND?GESUND!** im Sinne der modernen Wundmedizin ein erfolgreiches Jahr, auf das die Initiatoren und Unterstützer gerne zurückblicken. | von Mag. Dren Elezi, MA



Ganz im Zeichen eines effizienten und innovativen Wundmanagements organisierte die Initiative Wund?Gesund! im Mai 2019 das 4. Dialogforum in der Wiener Servitengasse. Die zahlreichen Diskutantinnen und Diskutanten konnten sich dabei einen guten Überblick über den Ist-Stand der Wundversorgung in Österreich verschaffen und nutzten die Möglichkeit über Innovationen in der österreichischen Wundversorgung zu sprechen. Impulsgeber war a. o. Univ.-Prof. Dr. Herwig Ostermann, Geschäftsführer der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), der seinen Vortrag dem Thema „Die Zukunft hat bereits begonnen – Innovationen in der Gesundheitsversorgung“ widmete.

Bewusstseinsbildung und moderne Wundmedizin im Fokus des „Tag der Wunde“

Neben dem Dialogforum war eines der weiteren großen Highlights der Initiative im Jahr 2019 der österreichweite „Tag der Wunde“ am 20. September. Bei dem zum bereits vierten Mal organisierten Aktionstag wurde auf die Bedeutung der modernen Wundmedizin hingewiesen. Zahlreiche Besucherinnen und Besucher konnten dazu motiviert werden, sich über Chancen und Möglichkeiten moderner Wundmedizin zu informieren. Mit dem Ziel, österreichweit möglichst viele Menschen zu erreichen, gab es auch dieses Jahr individuelle Aktivitäten von Apotheken, Ambulanzen und Ordinationen, um die Notwendigkeit einer qualitativ hochwertigen Wundversorgung zu thematisieren. Einer der Höhepunkte des „Tag der Wunde“ fand in Tirol statt, wo gemeinsam mit dem Verein Wundmanagement Tirol im DEZ Einkaufszentrum in Innsbruck prominente Unterstützerinnen und Unterstützer sowie Expertinnen und Experten das Thema der modernen Wundmedizin und aktuelle Fragestellungen, Chancen und Herausforderungen diskutierten. Im nächsten Jahr feiert der „Tag der Wunde“ bereits sein fünfjähriges Jubiläum und wird am 18. September 2020 stattfinden.

Für die Initiative Wund?Gesund! war das Jahr 2019 geprägt von vielen Aktivitäten und Maßnahmen, um die Bewusstseinsbildung und Aufklärung in den Fokus zu rücken und aufzuzeigen, welchen Beitrag moderne Wundmedizin zu einer kostenoptimierten Versorgung und Behandlung leisten kann. „Eine nachhaltige ‚State of the Art‘-Wundversorgung ist wesentlich, um den Menschen hochwertige Verbandstoffe und die Sicherung des Zugangs zu innovativen Therapiemethoden zu ermöglichen“, betonten die Sprecherin und der Sprecher der Initiative Wund?Gesund!, Mag. Martina Laschet und Mag. Philipp Lindinger. Um dieses Anliegen in den Fokus der Öffentlichkeit zu rücken, fungiert das Dialogforum Wund?Gesund! als Plattform für einen Austausch und fördert Synergien, Kooperationen und Konsensfindung, in dem es dazu beiträgt, dass das Thema der modernen Wundmedizin immer häufiger angesprochen wird.

Dialogforum Wund?Gesund! mit a. o. Univ.-Prof. Dr. Herwig Ostermann

INITIATIVE WUND?GESUND!

Austausch mit Entscheidungsträgern des Gesundheitswesens

Dass die Initiative Wund?Gesund! im Jahr 2019 neben den zahlreichen Aktivitäten wie dem Dialogforum oder dem „Tag der Wunde“ auch auf den Austausch mit den Entscheidungsträgern gesetzt hat, um Ziele und Forderungen der Initiative zu diskutieren, zeigte sich am regen Austausch mit unterschiedlichen Stakeholdern und Gesundheitssprecherinnen und -sprechern der einzelnen Parteien. Im Mittelpunkt der Gespräche stand dabei die optimale Versorgung mit qualitativ hochwertigen Verbandstoffen, die Sicherung des Zugangs zu innovativen Therapiemethoden für Patientinnen und Patienten sowie auch weitere Themen zur Steigerung der Lebensqualität der Betroffenen. Alle Gesprächspartner zeigten sich ausgesprochen engagiert und befürworteten die Aktivitäten der Initiative Wund?Gesund!.

Strategiemeeting für Mitglieder und Kooperationspartner

Im Vorfeld der 19. AWA-Jahrestagung (Austrian Wound Association) in Salzburg organisierte die Initiative Wund?Gesund! einen Round Table für Mitglieder und Kooperationspartner zur stärkeren Einbindung und Förderung eines regelmäßigen Austauschs. In diesem Strategiemeeting wurde zukunftsorientiert über Chancen und Möglichkeiten einer modernen Wundmedizin sowie deren Umsetzung diskutiert. Die Expertise aller Beteiligten ist wesentlich, um die Zielsetzungen der Initiative auch weiterhin zu fördern und zu optimieren und sich gemeinsam im nächsten Jahr verstärkt für die optimale Patientenversorgung einzusetzen.

Patientenbroschüre für eine moderne Wundmedizin

Um das Bewusstsein zu fördern und die optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern, hat die Initiative auch eine Informationsbroschüre für Betroffene und Angehörige erstellt, mit der eine kompakte Übersicht zur modernen Wundmedizin geboten wird. In der Patientenbroschüre werden neben wesentlichen Informationen zur Wundversorgung auch die Phasen der Wundheilung, der Unterschied zwischen akuten und chronischen Wunden sowie die Arten chronischer Wunden erklärt und die moderne Wundmedizin sowie der Weg zur Kostenübernahme näher beschrieben.

Die Initiative als wesentlicher Kooperationspartner

Die Initiative Wund?Gesund! setzte im Jahr 2019 nicht nur auf Aktivitäten und Maßnahmen zur Optimierung der Wundversorgung sondern auch auf Kooperationen und Partnerschaften, um ihre Anliegen gemeinsam in einem größeren Rahmen vertreten zu können. So hat sich die Initiative mittlerweile zu einem wesentlichen Kooperationspartner im Bereich der Wundversorgung etabliert. Neben der Mitgestaltung am „1. Wiener Wundkongress“ war die Initiative auch Kooperationspartner bei der Zweiten Steirischen Wundtagung sowie beim zehnten österreichischen Pflege- und Betreuungspreis „LUISE“ als Jury-Mitglied vertreten.

Weitere Details zur Initiative Wund?Gesund! bzw. zum „Tag der Wunde“ finden Sie unter:

www.tagderwunde.at
www.wund-gesund.at

© JAN HETFLSCH-PETER PROVAZNIK, SHUTTERSTOCK

Powered by



Bist du bereit für die Zukunft?

Ob Gentests oder künstliche Intelligenz: Reise in die Zukunft der Medizin und finde heraus, welcher Typ du bist.

Mehr herausfinden auf:
zukunftdermedizin.at



zukunft der medizin
eine Initiative zur Personalisierten Medizin

10 Leitlinien für Weißbuch „ZUKUNFT DER GESUNDHEITS- VERSORGUNG“

1.

Der Patient muss in den Mittelpunkt des Gesundheitssystems gestellt werden.

Die Menschen haben ein Anrecht auf die beste medizinische Versorgung. Das System ist nicht ausreichend patienten-, sondern zu sehr interessenorientiert. Ein Grundsatz von PRAEVENIRE ist, dass es um Menschen und nicht um Systeme geht. Ausgehend von den Patientinnen und Patienten muss definiert werden, was benötigen diese wann, wo, von wem und in welcher Form. Auch müssen für eine gelungene Sicherung und Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems Partikularinteressen hintangestellt werden.

2.

Die Gesundheitskompetenz der Menschen soll gestärkt und Prävention gefördert werden.

Jede Investition in Prävention spart ein Vielfaches an späteren Kosten. Präventionsangebote in Anspruch zu nehmen, liegt vor allem in der Eigenverantwortung der Menschen. Diese Eigenverantwortung kann nur dann eingefordert werden, wenn die Menschen ausreichend über Gesundheitskompetenz verfügen. Es muss versucht werden, Gesundheitskompetenz und Prävention in allen Lebensbereichen — beginnend im Kindergarten, Schule und Arbeitsplatz — zu fördern und entsprechende Zuständigkeiten festzulegen. Bestehende Potenziale wie das niederschwellige Angebot mit ausgebildeten Fachkräften, wie z.B. in den Apotheken, sollen verstärkt eingebunden werden.

3.

Der Patient muss durch das Gesundheitssystem gesteuert werden.

Das Gesundheitssystem muss für ein effizientes Funktionieren gut strukturiert sein — ganz nach dem Leitsatz „structure follows strategy“. Ein Gelingen dieses Zugangs verlangt auch, dass die Patientinnen und Patienten durch das System geleitet werden.

4.

Die Finanzierung des Gesundheitssystems soll aus einem Topf erfolgen.

Die derzeitige Zersplitterung der Finanzierung führt zu Zielkonflikten innerhalb der bestehenden Strukturen, welche eine zukunftsorientierte Planung und Optimierung des Systems behindern. Eine Finanzierung aus einem Topf birgt die Chance in sich, die vorhandenen Mittel effizienter einzusetzen und Effizienzpotenziale für die Finanzierung dynamischer Innovationen zu nutzen. Die Sozialversicherung soll dabei weiter eine zentrale Rolle spielen.

5.

Der niedergelassene Bereich muss gestärkt und für die Herausforderungen der Zukunft abgesichert werden.

Ohne bedeutende Primärversorgung ist keine adäquate Steuerung des Systems möglich, vor allem bei der Geleitung der Patientinnen und Patienten durch das System. Zu wesentlichen Maßnahmen zählt dabei die Stärkung des Hausarztes, von Hausarztmodellen bis hin zum Ausbau von Primärversorgungszentren. Eine Stärkung des niedergelassenen, auch fachärztlichen Bereichs bewirkt eine Entlastung des intramuralen Bereichs, wodurch Kapazitäten für andere Schwerpunkte geschaffen werden. Mit einem gestärkten niedergelassenen Bereich wird auch das Ziel vermehrter früherer Diagnosen und wohnortnaher Versorgung unterstützt.

6.

Die Vernetzung der einzelnen Gesundheitsberufe muss gestärkt und diese müssen zukunftsfit gemacht werden.

Um Herausforderungen der Zukunft wie den demografischen Wandel oder verstärkten Pflegebedarf zu bewältigen, bedarf es einer besseren Vernetzung innerhalb des Gesundheitssystems. Die Ausbildungscurricula der jeweiligen Gesundheitsberufe sollen überprüft und gegebenenfalls adaptiert werden. Eine optimale Vernetzung der Gesundheitsberufe verlangt auch eine Anpassung der Berufsrechte.

7.

Eine verbesserte Qualitätssicherung und höhere (qualifizierte) Transparenz im Gesundheitssystem soll geschaffen werden.

Zum Wohle der Patientinnen und Patienten soll das österreichische Gesundheitssystem transparenter werden. Ein wichtiger Aspekt für höhere Transparenz und daraus resultierende Möglichkeiten zur verstärkten Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten ist die Veröffentlichung qualifizierter Daten. Die Gewährleistung eines durchgängigen, flächendeckenden modernen Qualitätsmanagements im intramuralen Bereich führt zu einer Qualitätsoptimierung der Versorgung.

8.

Die Chancen und Möglichkeiten der Digitalisierung sollen für die Patientinnen und Patienten sowie das System verstärkt genutzt werden.

Die digitale Transformation des Gesundheitswesens geht mit der Vernetzung aller Informationen, Werkzeuge und Akteurinnen und Akteure einher. Diese Entwicklung ermöglicht neue digital unterstützte Behandlungsmethoden und -instrumente, welche die Arbeit von Gesundheitsberufen unterstützen und Patientinnen und Patienten befähigen, mehr Selbstverantwortung zu übernehmen. Bei einer Ausschöpfung der in der Digitalisierung sich bergenden Potenziale können eine Verbesserung und Zukunftssicherung der Versorgung sowie höhere Effizienz unseres solidarischen Gesundheitssystems erzielt werden.

9.

Der Forschungsstandort Österreich muss weiter gestärkt werden.

Österreich hat eine lange Tradition hervorragender medizinischer und wissenschaftlicher Leistungen. Um dies weiter gewährleisten zu können, muss der Standort insbesondere im Bereich der medizinischen Forschung gestärkt werden. Dafür bedarf es eines Zusammenspiels und gegenseitigen Verständnisses von Politik, Wirtschaft und Wissenschaft.

10.

Die Integration der Gesundheitsversorgung muss intensiviert werden.

Zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung der österreichischen Bevölkerung soll eine starke Ausrichtung an populationsorientierten integrierten Versorgungsmodellen erfolgen. Die Menschen haben ein Anrecht auf die beste medizinische Versorgung — unabhängig davon, ob sie in einem Ballungszentrum oder einer ländlichen Region ihren Lebensmittelpunkt haben — wobei für die jeweiligen Systeme nach österreichweiten Vorgaben z.B. in der Qualität auch regionaler Spielraum vorhanden sein muss.