

periskop

Nr. 78
DEZ 2017

Österreichische Post AG | FZ 092038166 F
PERI Consulting GmbH, Lazarettgasse 19/064
1090 Wien

STANDPUNKTE. DIALOGE. KONSENS.

Die neutrale Plattform zum offenen Meinungsaustausch.

»Wir setzen Meilensteine für Gesundheit«

Interview mit Johanna Mikl-Leitner

»Neue Modelle für die Gesundheitspolitik«

Erster Österreichischer Gesundheitsgipfel

»DAS AKH IST EIN ERFOLGSMODELL«

Interview mit Dipl.-Ing. Herwig Wetzlinger



People

Gesundheitsland

Niederösterreich

S4

Niederösterreichs Landeshauptfrau Johanna Mikl-Leitner spricht mit dem PERISKOP über die Gesundheitsstrategie des flächenmäßig größten österreichischen Bundeslandes, über die Bedeutung der Gender Medizin in der niederösterreichischen Gesundheitslandschaft, die Kleinstspitäler und die medizinische Versorgung in den ländlichen Gebieten.

Wir bringen Gesundheitsangebote zu den Menschen.....	4
Ehrungen von vielen Seiten.....	7
Ambivalence is omnipresent in research and development.....	8
Antibiotika: Herausforderung für das Gesundheitswesen.....	10
Mutig in die Zukunft	10



Comeback

im Job

S18

Pioniere

Das Alois Mock Institut lud im Rahmen der Reihe „Trends 2030“ in Kooperation mit VAMED eine hochkarätige Expertenrunde zur Diskussion über Vereinbarkeit von Krankheit und körperlicher Einschränkung mit dem Arbeitsleben. Das Thema des spannenden Abends im „Studio 44“ der Österreichischen Lotterien lautete „Comeback im Job“.

Comeback im Job: Was den Wiedereinstieg nach Krankheit oder Unfall erfolgreich fördern kann.....	18
Patientensicherheit erfordert Standardisierung und Risikomanagement.....	20
Muss die Rettung gerettet werden?	22
Künftige Impfstoffe: wo geht die Reise hin?.....	22



S29

Optimierungspotenziale

der Wundversorgung in Wien

Mag. Ingrid Reischl, Obfrau der Wiener Gebietskrankenkasse und Vorsitzende der Trägerkonferenz des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, analysierte beim 2. Dialogforum Wund?Gesund! den Ist-Zustand der Wundversorgung in Wien und zeigte Optimierungspotenziale auf. Damit lieferte sie die Grundlage für eine angeregte Q&A-Session.

Plattformen

Der Praxis-Lehrgang Market Access & Reimbursement geht in die 11. Runde.....	23
Erster Österreichischer Gesundheitsgipfel – Gesundheit neu denken?	24
ASQS-Symposium 2017: in den Schuhen des Patienten gehen.....	26
Sag mir, was du isst	27
IQVIA und PERI Consulting	28
2. Dialogforum Wund?Gesund! – Optimierungspotenziale der Wundversorgung in Wien.....	29
Schmerz braucht mehr Betreuung	30
OUT OF THE BOX TEIL 2: Wissenschaft trifft Ambivalenz – Inspiration zum Querdenken.....	31

Politik

Reha der Zukunft

neudenken



S32

Am 17. November organisierte das BBRZ (Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum) in Wien die 1. Reha NEXT-Enquete mit mehr als 300 Teilnehmern. Ihr Ziel war, Konzepte und Strategien der künftigen Rehabilitation im Kontext psychischer Erkrankungen zu diskutieren. Namhafte Experten aus der Psychiatrie, Rehabilitation, Zukunftsforschung sowie aus dem Arbeits- und Sozialrecht lieferten Einblicke ins spannende Thema der Reha der Zukunft.

Erste Reha NEXT-Enquete: Ausblick auf die Rehabilitation der Zukunft.....	32
HI-Nurses: Schlüsselfunktion in der Versorgung von Herzinsuffizienz.....	36
Effizient, aber reformbedürftig.....	38



S42

Diagnose und Therapie

degenerativer und entzündlich
rheumatischer Erkrankungen

Beim 2. PRAEVENIRE Gesundheitsforum in Seitenstetten wurden die Optimierungspotenziale für Österreichs rheumatologische Versorgung, die Pathogenese der häufigsten entzündlichen Gelenkerkrankung, der Einsatz bildgebender Verfahren zur Diagnostik sowie strategische Konzepte bei chronisch-entzündlichen Erkrankungen von hochkarätigen medizinischen Experten erörtert.

Aktuelle Herausforderungen in der Rehabilitation und Reintegration.....	39
Rehabilitation im Wandel.....	40
Herausforderungen in der Diagnose und Therapie degenerativer und entzündlich rheumatischer Erkrankungen	42



S46

Forschungslandschaft

Österreich

P
r
ä
g
n
a
n
t

Ein Querschnitt durch das Spektrum zukunftsweisender Innovationen zeigte sich beim zweiten Roche Science Talk am 16. November. Vor rund 90 Teilnehmern wurden 35 von Roche geförderte, unabhängige akademische Forschungsprojekte aus den Bereichen der Immuno-Onkologie, Hämatologie, Urologie, Neurologie, Dermatologie, Gynäkologie, Pulmologie und Rheumatologie von Wissenschaftlern aus ganz Österreich vorgestellt.

Seltene Erkrankungen: mehr Zulassungen für mehr Innovation.....	44
WISSENSchaft: Reflexion österreichischer Forschungsvielfalt beim zweiten Roche Science Talk.....	46
Medizin mit menschlichem Antlitz	47

IMPRESSUM

Verleger und Eigentümer:

PERI Consulting GmbH, Herausgeber: Mag. Hanns Kratzer,
Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien

Redaktionsanschrift:

Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien, Tel. 01/402 13 41-0,
Fax: DW-18, E-Mail: pr@welldone.at, DVR 0816442

Offenlegung gemäß § 25 Mediengesetz:

Medieninhaber: PERI Consulting GmbH, Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien;
Unternehmensgegenstand: Beratung; Geschäftsführung: Mag. Hanns Kratzer,
alleinvertretungsberechtigt. Anteilseigner: Gesellschafter: Mag. Hanns Kratzer,
Anteil: 25,00%; Firma BJK & R Privatstiftung, Anteil: 75,00%.

Redaktionsleitung:

Robert Riedl

Autoren:

Nina Bennett, Klaudia Besler, Bernadette Grohmann-Németh, Marlies Martha, Nedad Memić,
Elisabeth Schneyder, Klaus Schuster, Theodor Thanner, Ursula Wiedermann-Schmidt

Grafik & Layout:

Alexander Cadlet, Katharina Harringer

Fotos:

Marie Bösendorfer (1, S.28), Steffi Dittrich (2, S. 7), Sebastian Freiler (2, S. 38), Gerhard Gattinger (1, S.20/21), Hauptverband (2, S. 14/15), Christoph Liebentritt (3, S. 47), Manuel Marktl (3, S.44/45), Felicitas Matern (26, S. 2/3, S. 10, S. 22, S. 23, S. 31, S. 39, S.40/41, S.42/43), Med Uni Graz (1, S. 17), MedUni Wien/Hörmandinger (1, S. 17) , MedUni Wien/ Matern (1, S. 22), Philipp Monihart (4, S. 2/3, S. 18/19), Peter Provaznik (10, S. 2/3, S. 4/5/6, S. 12/13, S. 30, S. 36/37), PVA (1, S. 16), Sanofi (1, S. 27), Ärztekammer für Wien/Stefan Seelig (2, S. 24/25), Oreste Schaller (20, S. 2/3, S. 10, S.14/15, S. 29, S. 32/33/34/35), Manfred Siebinger (3, S. 2/3, S. 46), Shutterstock, KHR-Steininger (1, S. 11)

Lektorat:

Uschi Sorz

Druck:

Paul Gerin GmbH & Co KG

Auflage: 4.800 | **Erscheinungsweise:** 6x jährlich | **Einzelpreis:** Euro 30,00.

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

Angst und Vernunft – An der Grenze von Rationalem und Nichtrationalem im menschlichen Denken und Handeln

Das Buch untersucht das Verhältnis von Angst und Vernunft auf der individuellen sowie gesellschaftlichen Ebene. Der Angstbegriff wird sowohl in der Geschichte der Philosophie als auch in der Psychoanalyse analysiert. Darüber hinaus erfolgt eine Untersuchung der kollektiven Ängste sowie des Verhältnisses von Angst und Vernunft. Der Autor ergründet in seinem Buch zudem §30 und §40 in „Sein und Zeit“ aus der Sicht einer Kantianischen Philosophie der Vernunft. **Von Wolfgang Wein**

Save the Date

4. bis 5. Mai 2018

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

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

4. Österreichisches Symposium des Zentrums für Perioperative Medizin

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



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT WIEN



vfwf
Verein zur Förderung von Wissenschaft und Forschung

Für Niederösterreichs Landeshauptfrau Johanna Mikl-Leitner ist die hochqualitative Gesundheitsversorgung in ihrem Bundesland ein Schlüsselthema. „Wir möchten die Bevölkerung unterstützen, zu einem gesünderen Lebensstil zu finden“, so Mikl-Leitner. Mit dem PERISKOP spricht sie über Gesundheitsangebote, Gender-Medizin, die Spitalsdichte in Niederösterreich und geplante Maßnahmen für die Attraktivierung des Arztberufes.

Von Dr. Nedad Memić

Wir bringen

Gesundheitsangebote zu den Menschen

PERISKOP: Sehr geehrte Frau Landeshauptfrau Mikl-Leitner, welche Maßnahmen setzen Sie in Niederösterreich, um die Gesundheitsversorgung im flächenmäßig größten Bundesland aufrechtzuerhalten und auszubauen?

Mikl-Leitner: Unser oberstes Ziel lautet, dass die Menschen in Niederösterreich lange bei guter Gesundheit leben. Deshalb liegt mir die Gesundheitsvorsorge mit der Initiative „Tut gut!“ ganz besonders am Herzen. Mit vielen Angeboten motivieren und unterstützen wir die Bevölkerung, zu einem gesünderen Lebensstil zu finden. Jeder Euro, den wir dabei in die Gesundheitsvorsorge investieren, bringt jedem Niederösterreicher und jeder Niederösterreicherin mehr gesunde Lebensjahre. Und ein Euro in der Prävention erspart uns in Zukunft rund vier Euro an Ausgaben für die Reparaturmedizin.

Wenn aber doch der Krankheitsfall eintritt, sollen für die Patientinnen und Patienten rasch und qualitativ hochwertige Gesundheitsleistungen zur Verfügung stehen. Dafür investieren wir jährlich mehr als 2,4 Milliarden Euro in die Gesundheit der Niederösterreicherinnen und Niederösterreicher und setzen mit diesen Mitteln ein Bündel an gezielten Maßnahmen. Die Basis dafür ist der Regionale Strukturplan Gesundheit, den wir an aktuelle Erfordernisse der Bevölkerung anpassen werden. Wir müssen die richtigen und notwendigen Gesundheitsangebote zu den Menschen bringen, dort, wo sie wohnen und leben. Ich denke hier an die hochqualitativen Gesundheitsleistungen in unseren NÖ Kliniken, welche wir mit Ausbauprogrammen am Puls der Zeit modernisieren. Aber auch in vielen anderen Bereichen konnten wir wichtige Meilensteine für die Gesundheit setzen. Mit drei zusätzlichen Strahlentherapie-Geräten sowie dem MedAustron in Wiener Neustadt bauen wir die Kapazitäten in der Strahlentherapie weiter aus, um die qualitative Versorgung der Krebspatienten mit Strahlentherapie für die Zukunft zu sichern.

„Wir müssen geschlechtsspezifische Angebote in der Gesundheitsvorsorge und -versorgung schaffen.“

Letztendlich werden wir auch spezielle Angebote für Erkrankungen weiterentwickeln, sowohl für Kinder als auch für ältere Generationen. Beispielsweise neue Angebote für Betroffene und Angehörige unter dem Dach unseres neuen „Demenz-Service NÖ“, den Ausbau der psychosozialen Versorgung für Kinder, Jugendliche und deren Familien im Rahmen des „NÖ Kinder- und Jugendplans“, den bedarfsgerechten Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung, worin wir bereits bundesweiter Vorreiter sind. Parallel dazu setzen wir weiterhin auf eine zukunftsfähige Bildungspolitik. An den NÖ Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, Fachhochschulen sowie an der Karl-Landsteiner-Universität bilden wir die Experten von morgen aus und schaffen zudem attraktive Arbeitsplätze. In all diesen Bereichen haben wir mit dem NÖGUS, dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, eine Drehscheibe und ein Kompetenzzentrum. Die Expertinnen und Experten arbeiten gemeinsam mit dem Bund und der Sozialversicherung, damit die Gesundheitsversorgung auch für die Zukunft gesichert und bedarfsgerecht ausgebaut wird. Und unser Gesundheitssystem auch für kommende Generationen leistbar bleibt.

P: Welche Projekte liegen Ihnen im Bereich der Gesundheitsversorgung besonders am Herzen?

Mikl-Leitner: Da gibt es viele Herzensprojekte. Vor Kurzem haben wir den Spatenstich für die Kinder-Reha im Bad Erlach gesetzt. Ein Zukunftsangebot für die Familien, das durch die Mitfinanzierung des Landes Niederösterreich erst möglich wurde.

Ich habe auch immer gesagt, dass wir Niederösterreich zum schnellsten Bundesland machen möchten. Hier eröffnen moderne Technologien sowie neue Informations- und Kommunikationstechniken auch im Gesundheitsbereich neue Möglichkeiten. Die telefonische Gesundheitsberatung 10450, die elektronische Gesundheitsakte ELGA, modernste OP-Techniken und neue Projekte im Bereich „Digital Healthcare“ – beispielsweise für Diabetes-Patienten – tragen entscheidend zur Optimierung der Behandlungsqualität und Patientensicherheit bei. Hier gilt es, Ängste zu nehmen und die Chancen der Digitalisierung aufzuzeigen.

Ein wesentlicher Faktor ist der Schutz der Privatsphäre der Patienten und der verantwortungsvolle Umgang mit Gesundheitsdaten. Das muss oberste Priorität haben. Und es ist ganz wichtig, dass Menschen weiterhin eine menschliche Betreuung erfahren und am Ende einer Entscheidungskette noch immer der Mensch die letzte Entscheidung trifft. Im gesamten Gesundheitssystem ist es wichtig, die ambulante Versorgung zu stärken und gleichzeitig den akutstationären Bereich in den Kliniken zu entlasten. In den letzten 20 Jahren haben sich die Patientenzahlen in den Ambulanzen verdoppelt. Dabei könnten zwei Drittel der Patienten vom Haus- und Facharzt oftmals rascher, wohnortnäher und günstiger versorgt werden. Neben der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 erhoffen wir uns durch die zukünftigen Primärversorgungszentren eine Entlastung der teuren Spitalsambulanzen und mehr Service für die Patienten, beispielsweise attraktivere Öffnungszeiten.

P: Diesen Herbst haben Sie das Institut für Gender-Medizin in Gars am Kamp offiziell vorgestellt. Welche Rolle spielt Gender-Medizin in der medizinischen Landschaft Niederösterreichs?

Mikl-Leitner: Frauen und Männer haben unterschiedliche Gesundheitschancen und -risiken. Schon alleine in der Lebens- und Gesundheitserwartung zeigen sich deutliche Unterschiede in Niederösterreichs Bevölkerung: Die Lebenserwartung bei Männern beträgt 78,6 Jahre, davon verbringen sie 65,3 Lebensjahre in guter Gesundheit. Die Lebenserwartung bei Frauen stieg zuletzt auf 83,4 Jahre, wovon sie 66,3 Jahre in guter Gesundheit verbringen. Hier müssen wir geschlechtsspezifische Angebote in der Gesundheitsvorsorge und -versorgung schaffen – von Angeboten in der Ernährung, Bewegung, mentalen Gesundheit über personalisierte Medikamente und Behandlungspfade bis hin zur Wissenschaft und Forschung an unseren Universitäten und Fachhochschulen. Und mit dem Institut für Gender-Medizin in Gars am Kamp haben wir den Startschuss für dieses wichtige Thema gesetzt.

P: Stichwort Frauengesundheit: Welche Prioritäten möchten Sie in diesem Bereich setzen, wie steht es momentan mit der Gesundheit der Frauen in Niederösterreich?

Mikl-Leitner: Aus den aktuellen Zahlen zeigt sich, dass niederösterreichische Frauen im Vergleich zu den Männern rund 4,8 Jahre länger leben, aber vergleichsweise einen größeren Teil



BioBox:

Johanna Mikl-Leitner studierte Wirtschaftspädagogik an der WU Wien. Nach dem Abschluss des Studiums arbeitete sie unter anderem als Lehrerin an der Handelsakademie in Laa an der Thaya. Von 1998 bis 2003 hatte sie die Position der Landesgeschäftsführerin der Volkspartei Niederösterreich inne. Von 2003 bis 2011 war sie Mitglied der Niederösterreichischen Landesregierung (Landesrätin), bevor sie im Jahr 2011 zur Bundesministerin für Inneres ernannt wurde. In dieser Position blieb Mikl-Leitner bis 2016. 2016 bis 2017 war sie Landeshauptmann-Stellvertreterin von Niederösterreich, das Amt der Landeshauptfrau von Niederösterreich übernahm die gebürtige Hollabrunnerin am 19. April 2017.

ihres Lebens in Krankheit verbringen. Wir werden uns genau anschauen, woran das liegt, und entsprechende Maßnahmen für die Förderung der Frauengesundheit entwickeln. Es gibt bereits eine Reihe von Ansätzen, speziell für die Zielgruppe Frauen. Beispielsweise das bundesweite Brustkrebs-Früherkennungsprogramm. In Niederösterreich bauen wir das erste EU-zertifizierte Endometriose-Zentrum im Landeskrankenhaus Melk auf. Betroffene Frauen erhalten eine schnellere Diagnose und Therapie. Basis dafür ist der Wissensaustausch zwischen dem Landeskrankenhaus Melk und dem Krankenhaus in Znaim, welches federführend auf diesem Gebiet ist und bereits ein solches Zentrum beherbergt. Jede zehnte Frau im gebärfähigen Alter ist von dieser chronischen Erkrankung der Gebärmutter schleimhaut betroffen. Begleiterscheinungen sind starke Schmerzen und unerfüllter Kinderwunsch. Seit dem Projektstart Ende November 2016 wurden bereits 90 Patientinnen im Landeskrankenhaus Melk erfolgreich behandelt. Fünf Patientinnen konnten auch ihr Kinderwunsch erfüllt werden – vier Patientinnen sind auf natürlichem Weg und eine Patientin ist mithilfe künstlicher Befruchtung schwanger geworden.

Das Thema Frauengesundheit betrachten wir in Niederösterreich breiter. Es geht uns auch darum, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen für die Frauen zu schaffen. Das heißt unter anderem mehr Work-Life-Balance und eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Dazu gehören Kinderbetreuungseinrichtungen in den NÖ Kliniken am Beispiel St. Pölten. Bei den neuen Primärversorgungseinrichtungen werden speziell junge Ärztinnen von familienfreundlicheren Arbeitsbedingungen (Arbeitszeiten, Urlaubsvertretung) profitieren. Nicht zuletzt wollen wir Frauen, die in unserer Gesellschaft nach wie vor die Betreuung der kranken Kinder und Angehörigen primär übernehmen, unterstützen. Für sie ist das anstrengend neben ihren familiären und beruflichen Verpflichtungen. Unterstützungsangebote unseres Demenz-Service NÖ helfen, dass die Angehörigen durch diese große Belastung nicht selbst erkranken. Gleichzeitig wollen wir im Rahmen des NÖ Kinder- und Jugendplans Müttern in schwierigen Situationen sowie bei Erziehungsfragen adäquate Hilfe anbieten.

P: Das Land Niederösterreich investiert rund 170 Millionen Euro in den Ausbau der Pflege- und Betreuungszentren. Wie soll Ihrer Meinung nach die Pflege, aber auch die Rehabilitation der Zukunft ausschauen?

Mikl-Leitner: In der Pflege wird es entscheidend sein, die derzeit getrennten Systeme der medizinischen Behandlung in den Spitälern und der Pflege in Pflegeeinrichtungen zusammenzuführen. So können wir Ressourcen gemeinsam nutzen und Synergien lukrieren. Entscheidend dabei wird eine gut abgestufte Versorgung mit Pflegeleistungen je nach Pflegebedarf sein, von der Pflege in hochspezialisierten Pflegeeinrichtungen über Übergangspflege und Einrichtungen des betreuten Wohnens bis hin zur Verankerung in den neuen Primärversorgungszentren. Durch die Abschaffung des Pflegeregresses werden wir dementsprechend auch neue Finanzierungsmodelle im Sinne einer Solidarfinanzierung auf Bundesebene anstreben.

In der Rehabilitation sehen wir einen Trend in Richtung einer Verlagerung in den Bereich der ambulanten Rehabilitation. Die Patienten sollen eine Rehabilitation im ambulanten Bereich erhalten können, jedoch

während der Rehabilitationsphase im familiären und häuslichen Umfeld bleiben können. Damit soll eine nachhaltigere Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit sichergestellt werden. In Zukunft werden die Themen berufsorientierte Rehabilitation und vermehrte ambulante Rehabilitation das Leistungsgeschehen bestimmen.

P: Das Land Niederösterreich habe zu viele Kleinstspitäler, sagen viele Kritiker. Wie sinnvoll ist es tatsächlich, eine solche Spitalinfrastruktur aufrechtzuerhalten?

Mikl-Leitner: Ganz nach dem Motto „Global denken, aber lokal handeln“ müssen wir die richtigen und notwendigen Gesundheitsangebote zu den Menschen bringen, dort, wo sie wohnen und leben. Hier gilt es, viele Faktoren zu berücksichtigen, wie Anzahl der Haus- und Fachärzte pro Region, die Mindestausstattung eines Spitals als Voraussetzung für bestimmte Eingriffe, Erreichbarkeiten bis hin zur Planung, wer eine bestimmte Gesundheitsleistung bestmöglich für den Patienten erbringen kann.

Niederösterreich ist ein Flächenbundesland. Das heißt, es braucht mehr Standorte, um die Bevölkerung über das gesamte Bundesland hinweg wohnortnahe in den Kliniken versorgen zu können. Deshalb sind wir einen Mittelweg gegangen – kleine Standorte wie auch die Konzentration spezialisierter Leistungen in größeren Einheiten. Entscheidend dabei ist

die optimale Abstimmung zwischen Schwerpunkthäusern und Standard-Krankenhäusern als wichtiger Entlastungsfaktor für Akuthäuser. Aus medizinischer Sicht ist es bei schwierigen chirurgischen Maßnahmen unbestritten, dass die Ergebnisse für die Patienten besser sind, je mehr solche Eingriffe ein Chirurg regelmäßig durchführt. Ähnlich verhält es sich im Bereich der Onkologie.

Die Behandlung von Krebspatienten erfordert ein Team verschiedener hochspezialisierter Experten unterschiedlicher Fachrichtungen. Neben der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung sind die niederösterreichischen Landes- und Universitätskliniken aber auch ein wichtiger Arbeitgeber, insbesondere in den ländlichen Gebieten der Regionen, und tragen wesentlich zur Wertschöpfung bei. Das heißt, neben der Bevölkerung, die einen sicheren und stabilen Arbeitgeber vorfindet, profitieren auch örtliche Lieferanten von den Spitälern.

P: Kürzlich gab es in den Medien Berichte über mangelnde Allgemeinmediziner, insbesondere in ländlichen Bereichen. Wie ist Niederösterreich davon konkret betroffen bzw. was wird unternommen, um Ressourcen im ländlichen Bereich zu stärken?

Mikl-Leitner: Niederösterreich ist ein vielfältiges und weites Land, das über viele dünn besiedelte Regionen verfügt. Nicht nur in den Spitälern, sondern insbesondere auch im niedergelassenen Bereich ist es eine Herausforderung, offene Stellen zu besetzen. Niederösterreich versucht hier mit mehreren Maßnahmen entgegenzuwirken. Von Vorbereitungskursen für die Aufnahmeprüfung zum Medizinstudium, Ausbildung von Ärzten an der Karl-Landsteiner-Privatuniversität in Krems über Ausbildungsplätze für das klinisch-praktische Jahr, EU-konforme Arbeitszeiten in den NÖ Kliniken bis hin zur freiwilligen Mitfinanzierung der zukünftigen Lehrpraxis für Turnusärzte. Von den neuen Primärversorgungseinrichtungen erwarten wir uns ebenfalls eine Attraktivierung des Arztberufes, insbesondere in ländlichen Gebieten. Weitere Maßnahmen befinden sich derzeit in Evaluierung.

„Von den neuen Primärversorgungseinrichtungen erwarten wir uns eine Attraktivierung des Arztberufes, insbesondere in ländlichen Gebieten.“

Ehrungen von vielen Seiten

Wissenschafts- und Gesundheitsjournalist Wolfgang Wagner (APA) erhielt binnen weniger Tage die erste „Stephan-Rudas-Auszeichnung für fundierte Berichterstattung über psychische Erkrankungen“ und den „Kardinal-Innitzer-Würdigungspreis für wissenschaftlich fundierte Publizistik“.

Von der PERISKOP-Redaktion



People

BioBox:

Wolfgang Wagner wurde am 19. 10. 1955 in Wien geboren. Die Matura (neusprachliches Gymnasium) schloss er im Frühjahr 1974 ab. Studium der Anglistik und Germanistik an der Universität Wien. Journalistisch tätig seit Sommer 1977 („Die Presse“-Lehrredaktion), dann für „Top Presseagentur“ in Wien mit Berichten für deutsche Boulevardzeitungen (von „IZ-München“ bis „Köln Express“ etc.) und Magazine („Bunte“, „Spiegel“, „Stern“, „Freizeit-Revue“ etc.). Seit Februar 1984 ist Wagner in der Chronikredaktion der Austria Presse Agentur (APA). Seine Schwerpunkte sind Medizin und Wissenschaft sowie die Hintergrundberichterstattung zur Gesundheitspolitik. Zusätzlich arbeitet er als freier Journalist. Bisher wurde Wagner mit Pressepreisen von Wiener und österreichischer Ärztekammer sowie von medizinischen Fachgesellschaften (z. B. Österreichische Gesellschaft für Senologie, Pharmig – Verband der pharmazeutischen Industrie und anderen) ausgezeichnet. Wagner ist verheiratet und hat drei erwachsene Töchter. Seine Hobbys sind Reisen, Literatur, Fotografie, klassische Musik, bildende Kunst, Laufen, Radfahren, Skifahren und Skilanglauf.

träger hätte sich in seiner Arbeit – Wagner ist seit rund 40 Jahren Journalist und seit Februar 1984 bei der APA tätig – gerade auf diesem Gebiet verdient gemacht. Wissenschaftlich korrekte Berichterstattung und Rücksicht auf die Anliegen der Betroffenen ergänzen einander in seinen Berichten.

Themenvielfalt, Schnelligkeit und Korrektheit ohne Bias

„Journalismus bei einer Nachrichtenagentur bedeutet immer höchstmögliche Korrektheit in der Wiedergabe der Inhalte. Es geht nie um Meinungsmache. Aber es geht sehr wohl um eine möglichst breite Darstellung von Themen“, betonte der Preisträger, besonders geehrt durch den Umstand, dass der Namensgeber der Auszeichnung, Stephan Rudas, ehemals zu seinen engsten Freunden gehörte.

„Ich meine, dass zum Journalismus – aus Gründen der Selbstachtung – immer auch Widerspruchgeist und ein gewisser Gerechtigkeitssinn gehören muss. Deshalb versuche ich im Regelfall, auch die Schwächeren und Benachteiligten zu Wort kommen zu lassen“, sagte Wagner. Diskriminierung oder Stigmatisierung schädigen jeden Tag dramatisch die Betroffenen, ihre Angehörigen und die Gesellschaft Österreichs als Ganzes.

Die Bedeutung des Agenturjournalismus und mit APA-Redakteur Wolfgang Wagner als diesjährigem Würdigungspreis-Empfänger für Wissenschaftsberichterstattung als Repräsentant wurde auch bei der Verleihung der Kardinal-Innitzer-Auszeichnungen von Univ.-Prof. DDR. Christoph Grabenwarter (Preisuratorium) unterstrichen. Bei dem Festakt im Erzbischöflichen Palais sagte er, schon im Statut der Nachrichten-

agentur sei festgelegt, dass die APA relevante Themen immer breitestmöglich abzubilden hätte. „Eine Entscheidung zwischen Schnelligkeit und Richtigkeit ist keine zulässige Frage.“ Dies werde auch gelebt.

Grabenwarter zitierte eine Stellungnahme des Preisträgers, in der es unter anderem hieß: „Korrektheit in der Wiedergabe von Informationen und breite Darstellung von unterschiedlichen Meinungen sind das einzige Ziel unserer Arbeit. Und die Schnelligkeit der Berichterstattung mit bis zu 700 Meldungen pro Tag macht jede Einflussnahme von außen oder von innen schlichtweg unmöglich.“ Das sei ein großer Vorteil.

Wagner versuche in der Wissenschafts- und Medizinberichterstattung, insbesondere durch das Verwerten wissenschaftlicher Literatur, Interviews und den Besuch von nationalen und internationalen Kongressen, regelmäßig an den Grund des jeweiligen Themas zu kommen, wurde bei der Ehrung unter anderem betont.



Die Verleihung der Stephan-Rudas-Auszeichnung durch KAV-Direktorin Evelyn Kölldorfer-Lettgeb (2. v. l.) an Wolfgang Wagner.

PERISKOP met Dr Norbert W. Bischofberger, Executive Vice President, Research and Development and Chief Scientific Officer of Gilead, during his recent stay in Vienna. At the annual Gilead "Out of the Box" congress in December 2017 in Vienna, Bischofberger spoke about the phenomenon of ambivalence in research.

By Dr Nedad Memić

Ambivalence is omnipresent in research and development

PERISKOP: Dr Bischofberger, by buying Kite Pharma Inc., Gilead Sciences recently made a major acquisition. What does this merger agreement hold in store for the company?

Bischofberger: We performed a detailed review of the oncology landscape – it's an area we are very interested in, an area with a large medical need that is still unmet. The recent advances in oncology broadly fall into three different buckets: there is immuno-oncology, targeted therapy and cell therapy. We were attracted to cell therapy for a number of reasons. Among them are the impressive advances with CART-cell therapy in ALL (acute lymphoblastic leukemia) and NHL (non-Hodgkin lymphoma). These are patients who have failed previous chemotherapy and even bone marrow transplantation, patients who have a life expectancy of only a few months.

CAR-T therapy achieves impressive results. Another reason is that cellular therapies can be applied to both hematological malignancies and solid tumors. With the acquisition of Kite, Gilead is now a leader in cell therapy, and we are looking forward to advancing this field.

P: Gilead has operations in more than 30 countries across the world. What is the focus of your research and development at the moment, and what strategic goals do you want to accomplish over the next five years?

Bischofberger: We have made enormous progress in the treatment of HCV (hepatitis C virus). Once a difficult-to-treat chronic viral infection, it has become something that can be cured. At the same time, due to the curative nature of the treatments, our revenues from HCV are now in decline,

and we are searching for the next area of focus and growth. One of those areas is oncology; but we are also looking at others like inflammation and fibrosis.

P: Gilead's mission is to advance the care of patients suffering from life-threatening diseases: how has this care developed in recent decades? How has Gilead contributed to it?

Bischofberger: Gilead has made major contributions, especially in two areas: the treatment of HIV and HCV. While HIV used to be a death sentence in the 1990's, we now have treatments that allow people to live a more or less normal life. HCV can easily be cured. While such examples of success are the exceptions in the history

of medicine, I believe we can look forward to similar successes in the treatment of many cancers.

„That's the essence of science: one starts out with a hypothesis that can be proven right or wrong.“

P: You recently held a lecture in Vienna about the ambivalence in research: how is this ambivalence reflected in Gilead's current biopharmaceutical research?

Bischofberger: Ambivalence is omnipresent in research and development. When one starts out with an idea, one never knows whether the idea can be successfully translated into a result. That's the essence of science: one starts out with a hypothesis that can be proven right or wrong. It's the same in development. In human clinical

FactBox:

- Gilead hat im dritten Quartal 2017 das Unternehmen Kite akquiriert. Damit möchte sich Gilead als eines der führenden Unternehmen im Bereich Zelltherapie positionieren.
- Das Unternehmen Gilead wurde 1987 gegründet und gehört mittlerweile zu den führenden Pharmakonzernen der Welt, wenn es um die Erforschung und Kommerzialisierung von HIV- und Hepatitis C-Therapien geht.
- Der Österreicher Dr. Norbert W. Bischofberger, verantwortlich für Forschung und Entwicklung bei Gilead, hielt bei der letztjährigen „Out of the Box“-Veranstaltung in Wien einen Vortrag zum Thema „Ambivalenz in der Forschung“. Laut Bischofberger ist Ambivalenz ein ständiger Begleiter von Forschern: So wie sich eine Hypothese als richtig oder falsch herausstellen kann, so kann auch die Entwicklung von Therapien in klinischen Studien scheitern – aus Effizienz- oder Sicherheitsgründen.
- In der Frage von Kosten innovativer Therapien geht Bischofberger davon aus, dass es zukünftig eine schnellere und wirksamere Überprüfung des pharmako-ökonomischen Werts dieser Behandlungen geben wird.
- Laut dem Forscher findet momentan ein Paradigmenwechsel in der Medizin statt: Die Medizin von gestern war reaktiv und sporadisch, die Medizin der Zukunft sei jedoch proaktiv und fortdauernd.

studies, a treatment modality is evaluated for efficacy and safety, and sometimes these studies are successful. But more often than not, these experimental therapies fail – either due to inadequate efficacy or due to safety issues. So researchers and scientists involved in research and development have to be able to live in and deal with ambiguity.

P: There has been an intense discussion in the health care system about the financing of innovative therapies and making them available to as many people as possible. How do you see this challenge in the USA and in Europe, with both having different ways of financing the health care system?

Bischofberger: At this point, the big difference between the US and the European healthcare systems is that the European sys-

tem is for the most part government-funded, whereas the US system is mostly private. Consequently, the US is a free pricing environment, whereas in Europe it is up to the government to decide what they will (or will not) pay for. But both systems are put under pressure to make health care more affordable. In the future, when we bring new treatments to market, there will be enhanced scrutiny on the pharmacoeconomic value provided by these treatments.

P: In an interview for the Neue Zürcher Zeitung, you said that Big Data had started playing an important role in your research. What is the potential of Big Data, especially for current and future R&D projects of Gilead?

Bischofberger: We live in an incredible time where a number of technological advances are coming together. One is the re-

volution in the handling of Big Data: the first human genome sequencing took ten years and cost US\$ five billion. Now, we can do that in roughly a day for as little as 1,000 dollars. The second development is machine learning. We can feed all these data – genetic information, laboratory data, proteomics, transcriptomics, microbiome, etc. – into a computer and analyze them for correlations. Yesterday, medicine was reactive and sporadic; tomorrow, it will be proactive and continuous. That holds

„We live in an incredible time where a number of technological advances are coming together.“

promise for the detection and treatment of diseases before they become a clinical problem. Again, one area is cancer. Once a tumor is detected, it measures up to 2 cm in diameter, which constitutes 109 – 1010 cells. At this point, the cancerous cell has undergone many cell divisions and as a consequence, it is genetically heterogeneous. If we could detect it earlier – for example through circulating tumor DNA – we would have a better chance of treating it.



BioBox:

Dr Norbert Bischofberger was born in Mellau, Vorarlberg, in 1956. He attended the local Volksschule and Mehrerau humanistic high school in Bregenz. After 8 months of military service, he studied chemistry at the University of Innsbruck from 1975 to 1980. He then went to graduate school at the Eidgenössische Technische Hochschule in Zurich, obtaining a PhD in chemistry in 1983. Dr Bischofberger went on to perform post-doctoral research studies at Syntex, Palo Alto, CA and Harvard University, Cambridge, MA. In 1986, he joined Genentech's Molecular Biology Department in South San Francisco, CA. In 1990, Dr Bischofberger joined Gilead, a then fledgling biotechnology company with 20 employees. He was initially responsible for research. Since 1999, he has been responsible for the entire area of Research & Development. During Dr Bischofberger's tenure, Gilead has grown from a small start-up to a global company. Currently, it has more than 7,000 employees worldwide and ranks as number six of the global biopharmaceutical companies by market capitalization. Dr Bischofberger has authored more than 120 publications and is the inventor of 20 patents, including the patent on a well-known and successful flu medication. Moreover, he is a member of the American Chemical Society, the International Society for Antiviral Research, the American Association for the Study of Liver Diseases, the American Association for the Advancement of Science and the American Society for Microbiology.



Primärziel Gesundheit

Healthcare Planning im Fokus

Antibiotika: Herausforderung für das Gesundheitswesen

Ein Jahr, nachdem bei der UN-Generalversammlung in New York im September 2016 der vereinte Kampf gegen AMR (antimikrobielle Resistenzen) angekündigt wurde, zeigt die Realität, dass viele Initiativen noch nicht Wirkung gezeigt haben. Und das trotz eindringlicher Warnungen über die medizinischen, aber auch wirtschaftlichen Folgen. So haben Wirtschaftswissenschaftler berechnet, dass die ökonomischen Auswirkungen durch AMR im Jahr 2050 genauso schlimm wären wie die Finanzkrise 2008! Während aber die Ankündigungen zu den Maßnahmen vollmundig und laut waren, sieht die Umsetzung anders aus, geht es doch darum, die Aktionspläne auf allen Ebenen in die Tat umzusetzen. Die drei wichtigen Säulen in einer effektiven Umsetzung lauten: 1) zielgerichteter Einsatz von Antibiotika in der Medizin, 2) Reduktion der Verwendung von Antibiotika in der Landwirtschaft und 3) Entwicklung neuer Antibiotika. Nur fünf Prozent der Länder haben neben einem Plan zur Bekämpfung von AMR auch die angestrebten Meilensteine in der Umsetzung erreicht. So waren im Jahr 2015 noch immer in 12 europäischen Ländern Antibiotika ohne dezidierte ärztliche Verschreibung erhältlich.

Die meisten Zulassungen an neuen Antibiotikaklassen wurden mehr oder weniger in den 1990er-Jahren erzielt, d.h., seit damals schaut die Entwicklung dazu recht müde aus. Wieso ist das so? Von außen betrachtet, war es vor allem die Ausrichtung der Forschung auf andere Krankheitsbereiche. Durch die technologischen Entwicklungen hin zu einer verstärkten Personalisierung bzw. den Durchbrüchen bei der Immuntherapie haben viele Firmen ihre Produktentwicklungen z.B. auf Erkrankungen im Bereich der Onkologie ausgerichtet. Daneben

sind es aber auch Faktoren wie Profitabilität, die zu dieser Fokussierung geführt haben. Die Pharmaindustrie weiss, dass mit Medikamenten, die Krebs bekämpfen, eher Geld zu verdienen ist als mit Antibiotika. Die Aufrufe von Institutionen wie WHO und UN an die Industrie, wieder verstärkt in die Forschung von neuen Antibiotika zu investieren, werden aber jetzt durchaus ernst genommen, in den Pipelines sind wieder potenzielle Kandidaten sichtbar.

Einen wesentlichen Hemmschuh für die Antibiotikaforschung sehen die Systempartner im fehlenden Anreizmodell für derartige Medikamente. Neue Antibiotika sollten ja dann zum Einsatz kommen, wenn trotz Einhaltung von guidelinebasierter Therapie Resistenzen auftreten oder Keime entsprechend Antibiogramm nur durch solche Reservemedikamente therapiert werden können. D.h. prinzipiell geht es darum, neben dem eigentlichen Superantibiotikum präventive Maßnahmen zu setzen, dass solche Medikamente nur selten wirklich notwendig werden. Das führt logischerweise zu geringeren Produkturnsätzen. Und hier liegt der Knackpunkt: Die Industrie braucht entsprechende Incentives und Profitabilität, damit Investoren über den notwendigen langen Zeitraum der Produktentwicklung Gelder zur Verfügung stellen. Hier sind also neue Businessmodelle gefragt. Die EU-Kommission hat sich zuletzt des Themas Patentrecht angenommen und analysiert, was Änderungen an den bestehenden Systemen bedeuten würden. Während die Industrie Adaptierungen generell sehr kritisch gegenübersteht, sind für einige hochrangige Vertreter der EU-Länder gerade diese unabdingbar, um ein entsprechendes Gleichgewicht zwischen Innovation, Profitabilität und nachhaltiger Finanzierung sicherstellen zu können.

Zu hoffen ist, dass alle Beteiligten die Konsequenzen ihrer Aktivitäten bis zum Schluss durchdenken und nicht vergessen, dass die beiden Primärziele die Vermeidung von Antibiotika beim Menschen und in der Landwirtschaft sein müssen.



Dr. Klaus Schuster
Basel, Schweiz

Im Fortschritt

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

Mutig in die Zukunft

Im globalen Wettbewerb der Ideen hat vor allem die Biomedizin in Österreich eine Chance mitzuspielen und eigene Innovationskraft zu erzeugen. Insbesondere in Wien gibt es eine kritische Masse an Institutionen, sowohl im Bereich der klinischen Medizin als auch in der Grundlagenforschung. Ein wichtiges Glied in dieser Forschungslandschaft ist auch die Medizinische Universität Wien.

Derzeit wird die MedUni Wien zu 75 Prozent vom Staat finanziert, 25 Prozent entfallen auf die so genannten Drittmittel. Die Mittel, die die Universität aus dem Budget bekommt, werden zu mehr als 90 Prozent auf die Personalkosten aufgewendet. Als Forschungs- und Lehrstätte sind wir also stark auf die Akquirierung von Drittmitteln angewiesen. Dazu bemühen wir uns, zusätzliche Mittel über eine Fundraising-Kampagne für unsere Universität zu generieren: Vor einigen Monaten haben wir eine Kampagne gestartet, deren Ziel es ist, 60 Millionen Euro für ein Gebäude für Präzisionsmedizin zu akquirieren.

Der Anteil an den Drittmitteln ist bei der Medizinischen Universität in den letzten 15 Jahren stark gestiegen. Momentan lukrieren wir rund 90 Millionen Euro Drittmittel-Umsatz im Jahr. Damit ist die MedUni Wien eine der erfolgreichsten Unis im Bereich der Drittmittelakquise in Österreich.

Im Bereich der medizinischen Forschung spielt für uns das Thema Vernetzung eine große Rolle. Sie wird dazu führen, dass verschiedene medizinische Disziplinen zusammenwachsen. Wir sehen bereits eine Trendwende in der Nomenklatur der Erkrankungen: Man bewegt sich von einer Organnomenklatur zu einer funktionellen Nomenklatur (Pathway-Nomenklatur). Wie kommen wir aus Organ-Silos heraus und schaffen ein integratives Miteinander? Das ist eine Frage, die uns momentan intensiv beschäftigt.

In diesem Vorhaben stellen wir die Digitalisierung ganz stark in den Vordergrund. Sie wird bereits auf mehreren Ebenen betrieben. Die erste Ebene ist eine Routineebene, etwa in Form von elektronischen Gesundheitsakten – es ist hier sehr wichtig, einen realen Fortschritt zu erzielen. Die zweite Ebene ist der Ausbau der digitalen Infrastruktur, z.B. durch die Errichtung eines Datenspeichers im Zentrum für Präzisionsmedizin oder durch die Tele-Medizin, die eine wohnortnahe Versorgung mithilfe von Computertechnologien ermöglichen wird. Die MedUni Wien hat im Bereich der Digitalisierung eine international renommierte Arbeitsgruppe für Complexity Research: Hier findet eine beachtenswerte Grundlagenforschung im Bereich der Datenentwicklung statt. Im Bereich der Grundlagenforschung haben wir auch eine Kooperation mit dem CeMM Research Center for Molecular Medicine, bei der wir an der molekularen Pattern-Erkennung zusammenarbeiten. Im Bereich Radiologie implementieren wir bereits das so genannte Machine Learning.

Darüber hinaus stellt auch die digitale Lehre einen wichtigen Aspekt unserer zukünftigen Entwicklung dar: Die MedUni Wien besitzt bereits ein umfangreiches E-Portfolio. Ein Teil der digitalen Lehre ist unser Simulationszentrum, in dem man schon mit High-Tech-Puppen arbeiten kann. Wir wollen dieses Zentrum nun weiter ausbauen, besonders in den Bereichen Intensive Care und virtuelle Realität.

Schließlich hat die MedUni Wien auch beim Ausbau der Gebäudeinfrastruktur wichtige Vorhaben: Um 350 Millionen Euro entsteht in der Mariannengasse ein Campus mit Vorkliniken, der eine bessere Anbindung ans AKH und somit an den klinischen Bereich haben wird. Unser Campus gilt als eines der größten Bauprojekte in Wien.



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

Performance



v.l.: Natalia Anderl (Fachbereichsleiterin der MTDG), Gesundheitsstadträtin Sandra Frauenberger, ärztliche Direktorin Dr. Brigitte Eitl, Prim. Univ.-Prof. Dr. Tomas-Henrik Knoke-Abulesz, VD Mag. Gottfried Koos (VAMED) und DI Ruth Freund

Seit Ende November ist das neue Strahlencentrum im KAV-Krankenhaus Hietzing in Funktion. Anfang Dezember wurde es offiziell eröffnet. Die Errichtung und technische Betriebsführung verantwortet VAMED.

Von Dr. Nedad Memić

Krankenhaus Hietzing neues Strahlencentrum eröffnet

Nach nur einem Jahr Bauzeit wurde im Krankenhaus Hietzing in Wien das neue Krebsbehandlungszentrum in Betrieb genommen. Mit dem 23. November erhielten die ersten Patienten dort ihre Strahlentherapie. Das neue Strahlencentrum wurde im komplett neu errichteten Pavillon L des Krankenhauses Hietzing eröffnet. Das Gebäude mit zwei Linearbeschleunigern (LINAC) ist Teil der in Hietzing bereits bestehenden Sonderabteilung für Strahlentherapie. Die Themenschwerpunkte im neuen LINAC-Zentrum sind die Behandlung von Prostatakrebs, Brustkrebs, Tumoren im Hals-Nasen-Ohren-Bereich, Darmkrebs sowie Lungenkrebs. Die Errichtung des neuen Zentrums und die künftige technische Betriebsführung der Anlagen übernimmt das Unternehmen VAMED.

Die offizielle Eröffnung des neuen Strahlencentrums erfolgte am 5. Dezember. „Mit dem neuen Strahlencentrum hat der Wiener Krankenanstaltenverbund wie angekündigt seine Kapazitäten im Bereich der Strahlentherapie erweitert. Das ist der erste große Schritt beim Ausbau der Strahlentherapie in Wien“, sagte Gesundheitsstadträtin Sandra Frauenberger bei der Eröffnung des LINAC-Zentrums. „Das neue Zentrum steht für Patienten aus ganz Wien zur Verfügung und verkürzt die Wartezeiten auf Krebstherapien“, so Frauenberger. Auch im Krankenhaus Hietzing freut man sich über die Verdoppelung der Kapazitäten für die Strahlentherapie: „Ausgestattet ist das Zentrum mit zwei modernsten Linearbeschleunigern neuester Technologie und der dafür erforderlichen Infrastruktur.

Damit können wir eine besonders schonende Behandlung ermöglichen“, sagte Univ.-Prof. Dr. Tomas-Hendrik Knoke-Abulesz, Leiter der Hietzinger Sonderabteilung für Strahlentherapie. Die gesamte Abteilung unter seiner Leitung mit rund 60 Mitarbeitern wird nun bis zu 130 Patienten pro Tag behandeln können. Im Jahr sind es sogar 1.700 Patienten, was eine Verdoppelung der bisherigen Patientenzahl bedeutet.

Schneller und zielgenauer

Die neuen Linearbeschleuniger sind deutlich schneller bei den Arbeitsvorgängen und wesentlich zielgenauer als bisherige Modelle. So ermöglichen die Geräte eine Bestrahlung mit fünf verschiedenen Photonen-Energien. Dadurch kann, im Vergleich zum bisherigen Linearbeschleuniger, welcher mit zwei Photonen-Energien bestrahlen konnte, noch besser auf die Anforderungen der Therapie eingegangen werden. Die verschiedenen Photonen-Energien weisen unterschiedliche Eigenschaften der Eindringtiefe auf, wodurch die Dosis noch gezielter verabreicht werden kann.

Ein weiterer Fortschritt ist die Möglichkeit der so genannten VMAT-Bestrahlung (volumenmodulierte Strahlentherapie). Dabei wird die Dosisverteilung über eine Rotationstechnik bei simultaner Bewegung des Bestrahlungskopfes um den Patienten appliziert. Diese Technik ermöglicht eine deutlich schnellere und gleichzeitig schonende Verabreichung der Dosis. So wird auch weniger umliegendes gesundes Gewebe geschädigt, das sich im Gegensatz zu den Krebsgeschwülsten wieder regenerieren kann. Aufgrund der integrierten Röntgenröhre an

den neuen Linearbeschleunigern erfolgt die Lagerungskontrolle des Patienten schonender und gleichzeitig genauer. Die verwendete Strahlung ermöglicht eine höhere Kontrastauflösung, zusätzlich ist auch eine Röntgenaufnahme während der Bestrahlung möglich. Die neuen Linearbeschleuniger reagieren

sogar auf Bewegungen der Patienten. So stoppt der LINAC sofort, wenn der Körper während des Bestrahlungsvorgangs auf der Liege aus der Ursprungslage zu stark verrutscht. Die neue LINAC-Generation reagiert außerdem auf die Atmungsbewegung: Denn bewegt sich dadurch der Tumor, passt sich die Bestrahlung auf die sich ständig leicht veränderte Lage des Tumors an. Zu den beiden neuen Bestrahlungsgeräten gehört auch die neueste Generation eines 4-D-Computertomographen. Dort wird als Teil der Vorbehandlung die exakte Lage des zu bestrahlenden Tumors bestimmt sowie die später wichtigen Positionspunkte am Körper. Diese Positionspunkte dienen zur genauen Positionierung auf dem LINAC-Behandlungstisch.

Weitere Strahlencentren geplant

Dem neuen LINAC-Zentrum im Krankenhaus Hietzing wird bald ein weiteres folgen, kündigte Wiens Gesundheitsstadträtin Sandra Frauenberger an: „Das neue LINAC-Zentrum ist nur einer von weiteren Bausteinen beim Ausbau des KAV-Angebots, um die

Wienerinnen und Wiener noch besser und schneller als bisher medizinisch behandeln zu können. So schreitet auch der Bau des noch größeren Strahlencentrums im Donauespital zügig voran. Dort werden dann vier weitere Linearbeschleuniger sowie Brachy- und Röntgentherapie den Patientinnen und Patienten

FactBox

Das LINAC-Zentrum im KH Hietzing wurde in nur einem Jahr Bauzeit errichtet. Seine jährliche Kapazität beträgt rund 1.700 Patienten – das sind doppelt so viele wie bisher.

Neben den zwei Linearbeschleunigern der neuesten Generation ist das neue Zentrum im Krankenhaus Hietzing mit einem 4-D-Computertomographen ausgestattet.

Im Wiener Krankenanstaltenverbund sind derzeit 13 LINACS im Einsatz.

2019 geht ein neues Strahlentherapiezentrum im Donauespital in Betrieb. Das neue Strahlencentrum im Donauespital wird 2.400 Patientinnen und Patienten pro Jahr behandeln.

zur Verfügung stehen“, betonte Frauenberger. Anfang 2018 wird die Dachgleiche dieses Zusatzgebäudes vor dem Donauespital gefeiert. Die Inbetriebnahme soll im Jahr 2019 erfolgen. Dort wollen die Strahlentherapie-Experten des KAV dann rund 2.400 Patienten pro Jahr versorgen können. Neben dem Ausbau der Kapazitäten arbeitet der KAV auch weiter daran, alle bisherigen Strahlentherapiegeräte optimal auszulasten, um möglichst viele Patientinnen und Patienten behandeln zu können.

Der Direktor der Teilunternehmung AKH Wien, Dipl.-Ing. Herwig Wetzlinger, wurde diesen Herbst zum KAV-Direktor für die Geschäftsbereiche Finanz, Recht, Einkauf, nichtklinischer Bereich ernannt. Das PERISKOP spricht mit ihm unter anderem über die Organisation und die Zukunftspläne des AKH Wien, das Thema Patientensicherheit und das Projekt Krankenhaus Nord.
Von Dr. Nedad Memić

Der Erfolg des AKH liegt in der fächerübergreifenden Zusammenarbeit



BioBox:

Dipl.-Ing. Herwig Wetzlinger schloss 1985 an der Technischen Universität Graz das Diplomstudium der Elektrotechnik ab. Seine Weiterbildung absolvierte er unter anderem an der Akademie des Wirtschaftsförderungsinstitutes sowie am Management Institut St. Gallen. Beruflich war Wetzlinger zunächst bei den Draufkraftwerken und bei der Verbund AG tätig. Mit Jänner 2002 wurde er zum Kaufmännischen Direktor des Klinikums Klagenfurt, verantwortlich für den kaufmännischen und technischen Bereich der Anstalt, berufen. 2011 wurde der Spitalsmanager zum Stellvertretenden Direktor der Teilunternehmung AKH in Wien ernannt. Im Dezember 2014 übernahm er die Direktion des Allgemeinen Krankenhauses. Seit Herbst 2017 ist Wetzlinger auch KAV-Direktor für Finanzen, Recht, Einkauf und den nichtklinischen Bereich.

PERISKOP: Sie sind im November zum Direktor des Wiener Krankenanstaltenverbunds (KAV) für Finanzen, Infrastruktur und Technik ernannt worden. Was war Ihre Motivation, diese verantwortungsvolle Aufgabe zu übernehmen?

Wetzlinger: Ich bin Direktor der Teilunternehmung des Wiener Allgemeinen Krankenhauses (AKH) und trage in dieser Position die Gesamtverantwortung für alle betrieblichen Themen und Projekte, die hier im AKH laufen. Da ich schon einen Schwerpunkt in der Führung eines großen Unternehmens habe, war es für mich leichter, für eine befristete Zeit von einem Jahr die Funktion des Direktors im Wiener Krankenanstaltenverbund zu übernehmen. Zusätzlich zur neuen Funktion im KAV habe ich meine Funktion im AKH beibehalten. Der KAV befindet sich nun auf dem Weg, ein selbstständiges Unternehmen zu werden. Mein persönliches Anliegen ist es, den Übergang von der Ist-Situation, in der der KAV Teil des magistratischen Verwaltungskörpers ist, zu einem selbstständigen Unternehmen zu führen.

P: Was sind Ihre Prioritäten in dieser neuen Funktion im KAV?

Wetzlinger: Es ist nun wichtig, alle Vorbereitungen für die Unternehmensgründung mit dem 1. Jänner 2019 zu treffen. Dazu gehören Themen wie innere Organisation, Personalfragen oder Finanzen, die wir zu lösen haben.

P: Sie sind auch für das Krankenhaus Nord zuständig ...

Wetzlinger: Dort entsteht eine hervorragende Infrastruktur, einzigartig in ganz Mitteleuropa. Unsere größte Herausforderung dabei ist: Wie schaffen wir es, dass wir von der Stunde null an innerhalb kurzer Zeit – geplant sind drei Monate – zu einer 100-prozentigen Leistungsfähigkeit kommen? Das setzt eine minutiöse Planung voraus, und das sind wir jetzt mittendrin. Momentan werden Routineprozesse der baulichen Fertigstellung vollzogen und das Haus wird mit seinen knapp 800 Betten fertig.

P: Der KAV besteht bekanntlich aus Teilunternehmungen ...

Wetzlinger: Ursprünglich hat es vier Teilunternehmungen gegeben, mittlerweile gibt es zwei: Eine ist das Allgemeine Kran-

kenhaus und die andere sind die Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung. Das AKH wurde als separate Teilunternehmung beibehalten, weil es vor allem mit der Medizinischen Universität Wien in einer gemeinsamen Betriebsführung kooperiert.

P: Werden Sie sich für den neuen KAV-Vorstand bewerben?

Wetzlinger: Das kann ich Ihnen zum jetzigen Zeitpunkt nicht sagen. Meine Funktion als KAV-Direktor endet mit dem 31. Dezember 2018, mein Vertrag als Direktor der Teilunternehmung AKH Wien läuft Ende 2019 aus.

P: Sie sind seit 2011 im AKH Wien. Wie nehmen Sie diese Funktion wahr?

Wetzlinger: Ich bin damals aus dem Landesklinikum in Klagenfurt nach Wien gekommen. 2014 habe ich den Direktorenposten übernommen. Es war eine sehr wertvolle Chance für mich, hinter der ganzen Komplexität im Krankenhausmanagement zu stehen. Die gegenwärtige Herausforderung des Krankenhausmanagements ist es, die vielen Einflussfaktoren in der Betriebsführung zu beherrschen. Eine sehr große Aufgabe dabei sind sicher die Personalfragen: Im AKH arbeiten Beschäftigte, die von mindestens drei unterschiedlichen Unternehmungen angestellt werden: vom KAV, von der Medizinischen Universität Wien und von der VAMED. Die Komplexität dabei ist, einen Interessenausgleich zwischen allen Beteiligten zu finden. Im AKH herrscht eine europaweit einzigartige Symbiose im klinischen Bereich mit der Patientenversorgung, Forschung und Lehre. Es gibt nämlich in Europa verschiedene Modelle, wie medizinische Universitäten mit den Krankenanstaltenträgern zusammenarbeiten. Wir leben hier ein Kooperationsmodell: Der Krankenanstaltenträger hat ein Krankenhaus und die Medizinische Universität Wien bringt als Kooperationspartner Forschung und Lehre ein. Dazu gibt es eine dritte Säule, die VAMED-KMB, die ursprünglich als eine gemeinsame Be-

triebsgesellschaft der Stadt Wien und der VAMED entstanden ist und mittlerweile nahezu zu 100 Prozent der VAMED gehört. Die Führung eines so komplexen Betriebes ist immer eine Teamleistung.

P: Das AKH als komplexer Betrieb hat ja auch eine lange Entstehungsgeschichte ...

Wetzlinger: Mehr als 30 Jahre wurde das System AKH aufgebaut, seit 1994 ist es in Vollbetrieb. Man muss hier schon sagen, dass die damalige Politik den Mut hatte, sich für das Modell AKH in so einer Größenordnung zu entscheiden. Heute sieht man, dass die Entscheidung richtig war, denn wenn man die wissenschaftliche Leistung und die Strahlkraft dieser Institution in Betracht zieht, sind diese international durchaus herzeigbar. Ich bin ein Mitglied in einer zehnköpfigen Vereinigung von renommierten europäischen Universitätsspitalen – der University Hospital Alliance Europe. Diese Vereinigung der europäischen Spitzenspitaler hat das AKH als ihr Mitglied ausgedacht. Das bestätigt die Anerkennung dieser Institution und ist ein gemeinsamer Erfolg der MedUni Wien und des KAV.

P: Kommen wir nun zum Allgemeinen Krankenhaus. Momentan steht das Wiener AKH im Zeichen eines Infrastrukturausbaus.

Wetzlinger: Der beschlossene Rahmenbauvertrag gibt uns nun die Möglichkeit, 33 Bauprojekte mit einem Gesamtvolumen von 1,4 Milliarden Euro bis zum Jahr 2030 umzusetzen. Wir setzen schon erste Projekte um. Meine Aufgabe hier ist es, die Projekte im Sinne des betrieblichen, klinischen Alltags auch geeignet für unsere Entwicklung umzusetzen.

P: Sie machen einen Umbau bei laufendem Betrieb. Warum haben Sie sich dafür entschieden?

Wetzlinger: Weil das vor allem günstiger ist. Abgesehen davon müsste man im Falle eines Neubaus eine viel längere Planungsphase miteinbeziehen. Wir haben uns bereits entschieden, welche konkreten Projekte wir bis 2030 umsetzen werden. Die Komplexität eines Krankenhausbau ist eine komplett andere als bei anderen Bauprojekten. Das Krankenhaus wird ausgerichtet nach den Behandlungsprozessen: Da gibt es primäre Versorgungsprozesse, die unmittelbar an den klinischen Bereich gebunden sind, sowie sekundäre und tertiäre Prozesse. Dieses Ineinanderdwirken auszurichten ist eine wirkliche Herausforderung in der Prozesssteuerung im AKH.

Im OP-Bereich haben wir gerade für Herzchirurgen, Kardiologen, Gefäßchirurgen und interventionelle Radiologen einen hybriden OP-Saal zur Verfügung gestellt. Das ist kein Neubau, sondern wir haben einen bestehenden OP-Saal genommen und alle umliegenden Räumlichkeiten, auf die wir verzichten konnten, in die Fläche dieses OP-Saals hineingenommen: Dieser wurde um 30 Quadratmeter erweitert und hat jetzt 90 Quadratmeter. Der Patient wird also am OP-Tisch belassen, und verschiedene Spezialisten erbringen ihre Leistungen, je nachdem welcher Eingriff nötig ist.

P: Auch beim geplanten Umbau wird dieses Konzept der Hybridität angewandt?

Wetzlinger: Genau. Der Grundpfeiler des genannten Rahmenbauvertrags ist nicht eine Eins-zu-eins-Sanierung, weil sich die Behandlungsprozesse in der Medizin alle fünf Jahre grundlegend ändern. Unsere Umbauten sind für eine Nutzungsdauer von mindestens 50 bis 60 Jahre ausgelegt.

Die Kombination zwischen Stahl und Beton beim ursprünglichen Bau des AKH versetzt uns jetzt in die glückliche Lage, geplante Umbauten wesentlich leichter durchführen zu können.

P: Wird das AKH nach dem geplanten Umbau patientenfokussierter werden?

Wetzlinger: Der große Vorteil liegt darin, dass sich die Medizin von einem frühstationären Aufenthalt in einen teilstationären Aufenthalt weiterentwickelt. Die konservativen Fächer haben das schon vor vielen Jahren im AKH begonnen, vieles in der Onkologie wird heute tagesklinisch angeboten. Der nächste Schritt wird in der Chirurgie erfolgen. Dort sind jedoch die Leistungsdichte und der Leistungsablauf ganz anders und erfordern entsprechende Lösungen. Der Schwerpunkt wird nun im ambulanten, aber auch im chirurgischen Bereich sein, die tagesklinischen Prozesse zu forcieren und sie infrastrukturell umzusetzen.

P: Ein zentrales Thema des Vereins zur Förderung von Wissenschaft und Forschung (efwf) in den neuen Universitätskliniken am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien, der von Univ.-Prof. Dr. Klaus Markstaller und Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant geleitet wird, ist die Patientensicherheit. Dieses Thema ist auch für das AKH von sehr großer Bedeutung.

Wetzlinger: Auf jeden Fall. Es geht hier natürlich um die Patientensicherheit, aber auch um die Mitarbeiter- und Prozesssicherheit. Beispiele aus anderen Branchen zeigen: Eine optimale Sicherheit ist nur dann möglich, wenn alle Vorbereitungen und alle Checklisten zur Hand genommen und kontrolliert werden, und das jedes Mal. Umgelegt auf den OP-Alltag, setzt das viele Einzelprozesse wie Kennzeichnungen und Prüfschritte voraus. Die Prozesse sind dabei nicht so neu, aber die Kontrollschritte und die berufsübergreifende Zusammenarbeit werden wesentlich weiterentwickelt. Dazu dürfen wir nicht den gesamten Bereich der Pflege vergessen: Die Leistung wird von der Medizin – also von Ärzten – erbracht, aber die systemtragenden Kräfte sind die Pflege- und Therapieberufe; auf sie müssen sich die Ärzte verlassen können. Deshalb ist dieses Zusammenspiel so wichtig. Aus diesem Grund sind Projekte wie dieses vom vfwf so wichtig, weil es auch unser Ziel ist, dass der Patient im operativen Prozess möglichst kurze Liegezeiten hat. Damit spart man letztendlich auch Kosten.

Nun ist das von den Professoren Markstaller und Gnant initiierte Zentrum für perioperative Medizin der Medizinischen Universität Wien und des Allgemeinen Krankenhauses Wien bereits seit zweieinhalb Jahren in der Umsetzung. Die Medizin, die hier im AKH hochspezialisiert arbeitet, ist gewillt, sich zu vernetzen und aus der Interdisziplinarität heraus neue Organisationskonzepte umzusetzen. Ich bin froh, dass wir am AKH einen so offenen Umgang mit dem Thema Interdisziplinarität haben. Unser Ansatz dabei ist nicht, die Primariate abzuschaffen, weil man in jedem Fach eine medizinische Endkompetenz braucht. Wichtig ist hier vor allem die fächer- und berufsgruppenübergreifende Vernetzung. Ich möchte hier auch das Comprehensive Cancer Center unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Christoph Zielinski erwähnen. Prof. Zielinski hat es geschafft, die onkologischen Internisten zu einem Zentrum zusammenzuführen. Das ist nur möglich mit einem offenen Spirit, den es hier am AKH gibt.

FIT & STRONG

Förderung der Jugendgesundheit durch soziale Medien

Kinder- und Jugendgesundheit hat einen hohen Stellenwert, nicht nur für die Sozialversicherung, sondern auch für die Gesellschaft. Daher ist es wichtig, schon frühzeitig das Bewusstsein für einen gesunden Lebensstil zu schaffen. Denn was im Kindesalter versäumt wird, wirkt lange nach und benötigt viel mehr Einsatz, um es später wieder aufzuholen. Die neue Kampagne „FIT & STRONG“ der Sozialversicherung richtet sich direkt an Jugendliche von 13 bis 17 Jahren und hat das Ziel, diese zu einem gesunden Lebensstil zu motivieren und auf die vielfältigen unterstützenden Angebote der Sozialversicherung aufmerksam zu machen.

Von Mag. Marlies Martha, MA

Performance

Jugendliche in Österreich schreiben dem Thema Gesundheit einen großen Stellenwert zu – die 14- bis 15-Jährigen reihen Gesundheit immerhin an dritter Stelle, gleich nach Freundschaft und harmonischem Familienleben, ein. Jedoch zeigt sich in der Realität kein so positives Bild in Hinblick auf den Gesundheitszustand der österreichischen Kinder und Jugendlichen – die Entwicklung der chronischen Krankheiten, Erkrankungen des Bewegungsapparates, psychische Erkrankungen und psychosoziale Störungen sowie Essstörungen nehmen einen steigenden Verlauf.

Laut der Jugendgesundheitsstudie der WHO 2016 greifen 14 Prozent der jugendlichen Mädchen und 15 Prozent der Buben wöchentlich zur Zigarette. Beim Alkoholkonsum der Jugendlichen liegt Österreich im Ranking auf Platz 12 von 42. Nur jedes 20. Mädchen und jeder fünfte Bub bewegt sich täglich für mindestens eine Stunde. Und ein Viertel der Jugendlichen zwischen 15 und 26 Jahren schätzen sich selbst als „nicht gesund“ ein.² Fitness und Gesundheit sind dabei die Hauptgründe für Sport. Mehr als jedes zweite Mädchen (51 Prozent) und jeder vierte Bub (27 Prozent) fühlen

sich zu dick und 24 bzw. 12 Prozent der Jugendlichen versuchen abzunehmen.

Vorbeugen ist besser als heilen

Angesichts der Tatsache, dass im Kindes- und Teenageralter die Basis für das gesunde Alter werden gelegt wird (Ernährung, Rauchverhalten etc.), ist sich der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger seiner Verantwortung bewusst und versucht, Versorgungslücken zu schließen und Anstrengungen in Richtung einer wirkungsvollen Prävention zu unternehmen: Eine großflächige Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (Strategie 2020) der Sozialversicherung, in welcher der Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung und Prävention liegt, wird zu diesem Zweck vorangetrieben.

Der Hauptverband engagiert sich gemeinsam mit seinen Trägern auf unterschiedlichen Ebenen und in zahlreichen Initiativen, die dazu beitragen, bei jungen Menschen das Bewusstsein für einen gesunden Lebensstil zu steigern. Seit 2015 werden dazu österreichweit zahlreiche Projekte und Programme umgesetzt. In den Schwerpunktwochen zur Kinder- und Jugendgesundheit, die von Ende Oktober bis Anfang Dezember 2017 stattfanden, richtete sich die Sozialversicherung erstmals mit

authentischem Content über soziale Medien direkt an Jugendliche von 13 bis 17 Jahren.

FIT & STRONG: Social-Media-Kampagne

Vom Schulabbruch zur Start-up-Gründung, von der Magersucht zum Sport – diese und andere Geschichten, die das Leben schreibt, können Jugendliche seit Ende Oktober auf FIT & STRONG, der neuen Internetplattform der österreichischen Sozialversicherung, mitverfolgen. Im Mittelpunkt stehen die 16-jährige YouTuberin catowbeauty und whatchado-Gründer Ali Mahlodji, die Jugendliche über die Social-Media-Kanäle WhatsApp und YouTube zu mehr Bewegung und einer gesünderen Ernährung motivieren und ihnen die Sozialversicherung näherbringen sollen.

„Mit dieser Kampagne betreten wir als Sozialversicherung neue Wege“, betont Dr. Alexander Biach, Vorstandsvorsitzender des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. „Wir sind überzeugt, dass innovative Ansätze wie dieser notwendig sind, um unsere ‚Kunden‘ von morgen zu erreichen. Die Ansprache über so genannte Influencer ist für uns eine gute Möglichkeit, um mit Jugendlichen ins Gespräch zu kommen und sie so überhaupt zum ersten Mal mit der Sozialversicherung in Kontakt zu bringen“, so Biach. Auf diese Weise möchte

die österreichische Sozialversicherung den Jugendlichen vermitteln, dass sie in jeder Altersstufe – von Jung bis Alt – durch optimal angepasste, kostenlose Angebote zur Gesundheitsförderung unterstützt werden, um so lange wie möglich gesund zu bleiben.

Da WhatsApp und YouTube die von Jugendlichen am meisten genutzten sozialen Netzwerke sind, werden diese gezielt für die Kampagne eingesetzt, um die Zielgruppe so optimal anzusprechen. Mit Ali Mahlodji und catowbeauty konnten zwei prominente Influencer gewonnen werden, denen Jugendliche vertrauen und die sich optimal ergänzen.

Die 16-jährige catowbeauty ist eine der erfolgreichsten österreichischen YouTuberinnen und erreicht mit ihren Videos, in denen sie sich viel um Fitness, Bewegung, aber auch um alltägliche Themen wie bessere Schulnoten dreht, regelmäßig mehrere zehntausend jugendliche Seher. Sie berichtet über ihre eigene Erfahrung mit Magersucht und erzählt, was ihr dabei geholfen hat, diese Krankheit zu bezwingen. Ein wichtiger Faktor dabei war der Sport. Daher ist es ihr ein besonderes Anliegen, Tipps zu gesunder Ernährung und Sport an ihre Peergroup weiterzugeben.

Ali Mahlodji, Co-Founder von whatchado und whatchaSKOOL, europäischer Jugendbotschafter und Autor, weiß genau, was Jugendliche von heute beschäftigt, wie man

sie anspricht und ermutigt, ihren eigenen Weg zu gehen. Whatchado ist eine Berufsorientierungsplattform, auf der mehr als 6.000 Menschen in Videointerviews über ihren beruflichen Werdegang erzählen, um Jugendliche zu inspirieren, den idealen Beruf zu finden. Die whatchaSKOOL hat es sich zum Ziel gesetzt, im Rahmen einer interaktiven Vortragsreihe zum Thema Arbeitswelt Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren Motivation, Inspiration und Informationen zum Thema Berufsorientierung zu vermitteln. „Es ist mir eine Freude, Teil einer Kampagne sein zu dürfen, deren Ziel es ist, junge Menschen daran zu erinnern, Verantwortung für ihr eigenes Handeln zu übernehmen. Das ist ein positiver Ansatz mit Selbstwirksamkeit“, so Ali Mahlodji.

Um Jugendlichen auch tatsächlich authentischen Content zu bieten, wurden die beiden Influencer eng in die Konzeption der YouTube-Videos eingebunden, in denen sie diese zu mehr Bewegung und einer gesünderen Lebensweise motivieren. Die Videos werden über die Social-Media-Channels von catowbeauty und Ali Mahlodji geteilt, zudem werden Kurzversionen auf YouTube, Facebook und Instagram beworben. Die YouTube-Videos wurden in der ersten Kampagnenwoche bereits über 40.000 Mal aufgerufen und verweisen auf die Landing Page fit-and-strong.at. Wer sich dort für den WhatsApp-Channel anmeldet, kann per WhatsApp-Nachricht Fragen zu Bewegung, Ernährung oder sonstigen Themen stellen

und bekommt wöchentlich ein exklusives Video von den Influencern zugeschickt.

Schwerpunkt Kinder- und Jugendgesundheit

Die Sozialversicherung bietet ihren Anspruchsberechtigten eine Vielzahl an Angeboten zum Thema Kinder- und Jugendgesundheit. Damit diese für alle leicht zugänglich und überschaubar sind und jeder das gesuchte Angebot, die dringend notwendige Kontaktmöglichkeit in wenigen Klicks finden und nutzen kann, hat der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger auf seiner Homepage die Seite „SV-Infopoint Kinder- und Jugendgesundheit“ erstellt.

In verschiedene Themenbereiche aufgliedert, findet man hier alle Angebote, Projekte und Hilfestellungen, die von den Sozialversicherungsträgern zur Verfügung gestellt werden. Einfach konzipierte Texte bringen die Informationen näher und über direkte Links findet man schnell und unkompliziert die entsprechenden Kontaktmöglichkeiten und gelangt zu weiterführenden, das Thema ausführlich erläuternden Texten der entsprechenden Sozialversicherungsträger. Somit kann jeder, der Information oder Hilfe benötigt, über eine zentrale, niederschwellige Anlaufstelle diese auch schnellstmöglich und unkompliziert aufrufen.



Angebote der Sozialversicherung für Kinder und Jugendliche:

KAMPAGNE „FIT & STRONG“:
www.fit-and-strong.at

SV-INFOPOINT KINDER- UND JUGENDGESUNDHEIT:
www.hauptverband.at/infopoint_kiju

RAUCHFREI TELEFON NÖGKK:
www.rauchfrei.at

JUGENDPLATTFORM
STYRIA VITALIS:
www.feel-ok.at



Dr. Alexander Biach



1 Kinder- und Jugendgesundheitsbericht, Hauptverband 2016-2017, S. 5
2 Umfrage ASKO u. Wr. Städtische, 2017



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Performance Kräftiger Infrastrukturschub für MedUnis in Wien und Graz



Diesen Herbst wurden wichtige Schritte für einen Infrastrukturausbau der zwei größten Medizinischen Universitäten in Österreich gesetzt. In Graz wurde der MED CAMPUS eröffnet und in Wien ein Bauprojekt für den MedUni Campus in der Mariannengasse gestartet.

Von Dr. Nedad Memić

Dieser Herbst stand ganz im Zeichen eines Infrastrukturausbau bei den Medizinischen Universitäten in Wien und Graz. Am 13. Oktober wurde der MED CAMPUS Graz eröffnet. Der neue Campus dient als künftiger zentraler Standort der Medizinischen Universität Graz. In Anwesenheit des Bundesministers für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft Dr. Harald Mahrer, des steirischen Landeshauptmanns Hermann Schützenhofer, des Landeshauptmann-Stellvertreters Mag. Michael Schickhofer, des Bürgermeisters von Graz Mag. Siegfried Nagl und weiterer namhafter Persönlichkeiten aus Wissenschaft, Wirtschaft und Politik wurde der neue Campus eröffnet. Den Auftakt zur Eröffnung gaben das Rektoratsteam rund um Univ.-Prof. Dr. Hellmut Samonigg, der Universitätsrat mit der Vorsitzenden Dr. Cattina Maria Leitner und der Senat rund um den Vorsitzenden Univ.-Prof. Dr. Andreas Wedrich. „Der MED CAMPUS verstärkt die internationale Wettbewerbsfähigkeit und Sichtbarkeit der Medizinischen Universität Graz“, sagte Rektor Samonigg aus diesem Anlass.

Samonigg war auch derjenige, der bereits vor dreizehn Jahren die Vision hatte, die Universitätsmedizin in Graz unter ein gemeinsames Dach zu bringen. Die bisher auf die Stadt verteilten vorklinischen Einrichtungen

der MedUni Graz ziehen nun in die Nähe des Landeskrankenhauses und der Uniklinik Graz. Diese bauliche Infrastruktur sei in vielerlei Hinsicht einzigartig und könne als internationales Vorbild bezeichnet werden, erklärte man an der Grazer MedUni. Die vorklinischen Institute sind nun im MED CAMPUS auch räumlich verbunden, die begonnene Zentrumsbildung verschiedener wissenschaftlicher Fachbereiche wird zu einer Vielzahl an Synergien führen. „Die mit dem MED CAMPUS verbundenen Synergieeffekte machen die MedUni Graz als Kooperationspartner für die Wirtschaft noch attraktiver“, sagte Rektor Samonigg.

Der neue Campus hat eine Nutzfläche von 20.000 Quadratmetern mit einer Aula, fünf Hörsälen, 26 Seminar- und Übungsräumen, einem Clinical-Skills-Center sowie einem Zentrum für medizinische Forschung. Die Medizinische Universität Graz zeichnet sich durch drei Kernkompetenzen aus: Studium und Lehre, Forschung und Patientenbetreuung. Auch die feierliche Eröffnung am 13. Oktober stand im Zeichen dieser drei Kompetenzen. Bei einem „Open House“ hatte die interessierte Öffentlichkeit die Möglichkeit, einen Überblick über die MedUni Graz und den neuen MED CAMPUS zu bekommen. Mehr als 20 Stationen luden zum Mitmachen ein, zusätzlich gab es ein Kinder- und Musikprogramm.

Cluster Mariannengasse

Weniger feierlich, aber genauso ambitioniert startete die MedUni Wien in ein gemeinsames Bauprojekt mit dem Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft und der Bundesimmobiliengesellschaft (BIG). Bis zum Wintersemester 2025 werden am MedUni Campus Mariannengasse auf einer Nutzfläche von 35.000 Quadratmetern wesentliche Teile der Vorklinik zusammengezogen. Dadurch entsteht ein Kompetenzzentrum für Grundlagenforschung und Lehre in unmittelbarer Nähe zur klinischen Forschung am MedUni Campus AKH. Auch in Wien erhofft man sich, so eine bessere Nutzung von Synergien und Infrastruktur zu erzielen. Damit könnten Patienten von der Grundlagenforschung noch mehr profitieren. Für den Bau des MedUni Campus Mariannengasse fließen aus den Mitteln des Wissenschaftsministeriums 289,9 Millionen Euro in Forschungs- und Lehrinfrastruktur sowie in den Neubau der Vorklinik. Weitere 55,5 Millionen Euro werden in die Erstaussstattung und Einrichtung investiert. „Mit dem MedUni Campus Mariannengasse stärken wir den Life-Science-Standort Wien und leisten einen wertvollen Beitrag zur Qualität der medizinischen Versorgung“, sagte der damalige Wissenschafts- und Forschungsminister Harald Mahrer aus diesem Anlass.

Rund 744 Wissenschaftler vom Zentrum für Physiologie und Pharmakologie, vom Zentrum für Anatomie und Zellbiologie, vom Zentrum für Pathobiochemie und Genetik, vom Zentrum für Medizinische Physik und Biometrische Technik und vom Institut für Krebsforschung werden bis zum Wintersemester 2025 von ihren bisherigen Arbeits-

plätzen an mehreren Standorten in Wien zum MedUni Campus in der Mariannengasse übersiedeln. Der nächste Schritt in der Planung des neuen Campus ist der Architekturwettbewerb. Im Sommer nächsten Jahres rechnet man bereits mit dem Siegerprojekt. Die Bundesimmobiliengesellschaft rechnet mit dem Beginn der Bauarbeiten Ende 2020, der neue Campus sollte planungsgemäß im Wintersemester 2025/2026 in Betrieb gehen. Er wird neben Hörsälen, Seminar- und Praktikumsräumen auch Platz für eine zentrale Forschungsinfrastruktur haben. So werden dort Großgeräte stehen, die der ganzen Universität zur Verfügung stehen werden. Die Geräte umfassen u.a. Patch Clamp, Massenspektrometrie, DNA-Zytophotometrie, Raster-Elektronenmikroskopie oder Gewebeentnahme. Diese und andere Vorteile des neuen Standorts werden auch Patienten zugutekommen: „Unser größtes Ziel ist es, Patientinnen und Patienten möglichst rasch vom Nutzen der Grundlagenforschung profitieren zu lassen“, sagte MedUni-Wien-Rektor Univ.-Prof. Dr. Markus Müller. „Zum einen werden die Forscherinnen und Forscher an einem Standort zusammengezogen und können interdisziplinär auf kurzem Weg miteinander kommunizieren, zum anderen rückt die Vorklinik damit noch näher an die Universitätsklinik in AKH Wien“, so Müller.

Der Infrastrukturausbau an den Medizinischen Universitäten in Graz und Wien deckt sich unter anderem mit einem steigenden Interesse am Medizinstudium in Österreich. An allen drei Medizinischen Universitäten in Österreich, in Wien, Graz und Innsbruck, sowie an der Medizinischen Fakultät der JKU Linz wurden heuer 15.991 Anmeldungen verzeichnet. Das sind 862 Bewerber mehr als im letzten Jahr. Eine Voraussetzung zum Medizinstudium in Österreich ist ein Aufnahmeverfahren, die Plätze für ausländische Medizinstudierende sind auf 25 Prozent limitiert.



v.l.: Hans-Peter Weiss (Geschäftsführer der Bundesimmobiliengesellschaft), ehem. Wissenschaftsminister Harald Mahrer und Rektor der MedUni Wien Markus Müller



Am 11. November 2017 wurde in feierlichem Rahmen das hundertjährige Bestehen der Sonderkrankenanstalt Gröbming begangen. Die medizinisch-berufsorientierte Rehabilitation ist ein weiterer Schritt in der Entwicklung dieser Einrichtung.

Von Dr. Nedad Memić

Die Geschichte der SKA-RZ Gröbming, einer der 15 eigenen stationären Einrichtungen der Pensionsversicherungsanstalt, geht zurück auf das Jahr 1916, in welchem der Ankauf und die Adaptierung des Gebäudes durch die Krankenkasse der Wiener Handlungsgehilfen erfolgten. Aufgrund der ausgezeichneten Luftqualität, der nebelfreien Winter und der zahlreichen Sonnenstunden wurde dieses seinerzeit als Lungenheilstätte adaptiert und am 30. Juni 1917 als Heilstätte Gröbming feierlich eröffnet. Nach diversen Eigentümerwechseln in den Jahren 1927 und 1940 wurde die Sonderkrankenanstalt im Jahr 1956 von der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter übernommen und in der Folge modernisiert. Bis zum Jahr 1979 erfolgte weiterhin die Nutzung als moderne Lungenheilstätte. Durch die rückläufige Bedeutung der Tuberkuloseheilstätten entschied sich die Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter, die Anstalt Gröbming in ein Rehab-Zentrum für Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises umzuwidmen. Nach einer Umgestaltung des Hauptgebäudes und dem Anbau eines Therapietraktes wurde der Betrieb 1981 mit 84 Betten aufgenommen.

Auf dem Weg ins 21. Jahrhundert

Im Jahr 2001 fiel der Startschuss für den Zu- und Umbau, welcher die Umwandlung der Sonderkrankenanstalt Gröbming in eine moderne, behindertengerechte Einrichtung verwirklicht hat. Die neue SKA-RZ Gröbming wurde am 13. Oktober 2004 in Betrieb genommen. Die Patientinnen und Patienten genießen hier einen hohen Standard an Komfort und Ausstattung und verbringen ihren Aufenthalt in einem angenehmen und zeigemeissem Umfeld. Gemeinsam mit mehr als 185 gut ausgebildeten und engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die mit ihren Ausbildungen viel Energie und ihrem umfangreichen Wissen Rehabilitation auf höchstem Niveau und auf neuestem medizinischem

Standard anbieten, erleichtert dies die Erreichung des Rehabilitationsziels.

Umfassendes Reha-Angebot

Mit allen Patientinnen und Patienten werden individuelle Rehabilitationsziele auf der Aktivitäts- und Teilhabeebene besprochen und festgelegt, um ihnen ein unkompliziertes Leben im Beruf, in der Familie und ihrem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Das multimodale rehabilitationsmedizinische Konzept umfasst:

- Heil- und Krankengymnastik in Form von Einzel- und Gruppentherapien sowie
- medizinische Trainingstherapie in Form von Ausdauer- und Krafttraining,
- ferner Koordinations- und Gleichgewichtstraining.

Ergänzend wird Ergotherapie in Abhängigkeit von Funktionsstörungen

- in Form von Rückenschule,
- Gelenkschutzunterweisung,
- Kreativtherapien,
- Training der motorischen Fähigkeiten und
- Hirnleistungsfunktionen

und anderen erforderlichen Therapieformen angeboten.

Die Logopädie erfasst und therapiert Sprach- und Schluckstörungen. Passive Therapieformen wie Heilmassage, hydrophysikalische und elektrotherapeutische Anwendungen tragen ergänzend zur Steigerung des Wohlbefindens und zum Heilungsprozess bei. Gesunde Ernährung, Schmerztherapie, Raucherberatung und Raucherentwöhnung sowie eine Vielzahl an indikationsspezifischen Schulungen runden das therapeutische Angebot ab.

Die SKA Gröbming ist spezialisiert auf Patientinnen und Patienten mit

- Zustand nach Operationen bei degenerativen Gelenkerkrankungen,
- nach Wirbelsäulen- und Bandscheibenoperationen sowie

- nach Operationen infolge von Knochenbrüchen.

Weiters ist sie spezialisiert auf Patientinnen und Patienten mit

- degenerativen und entzündlichen Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen,
- Zustand nach Schlaganfall, Hirnblutungen, Gehirnoperationen, entzündlichen Hirnkrankungen, Rückenmarksentzündungserkrankungen sowie multipler Sklerose oder Morbus Parkinson.

Berufsorientierte Reha als Zukunftsfeld

Die PVA verfolgt im Rahmen ihres Masterplans Rehabilitation die Implementierung der medizinisch-berufsorientierten Rehabilitation. Diese stellt ein Betreuungsmodell dar, in dem medizinische Rehabilitationsmaßnahmen gezielt auf besondere berufliche Problemlagen ausgerichtet sind und das primäre Ziel der bestmöglichen beruflichen Teilhabe verfolgt wird. Wichtige Bestandteile dieses Rehabilitationsprogramms sind die psychische und körperliche Gesundheit sowie die gesunde Ernährung am Arbeitsplatz und umfangreiche sozialrechtliche Informationen. Grundsätzlich ist ein dreistufiges Modell vorgesehen: Die Stufe I sollen alle Rehabilitanden, welche keine unbefristete Pensionsleistung beziehen und bei denen eine Arbeitsfähigkeit zu erwarten ist, in den eigenen Einrichtungen der PVA erhalten. Stellt sich nach der Absolvierung der Stufe I heraus, dass

der Patient weiterer Maßnahmen der medizinisch-berufsorientierten Rehabilitation bedarf, so erfolgt eine Empfehlung zur Absolvierung der Stufe II.

Die Sonderkrankenanstalt Gröbming ist neben der Sonderkrankenanstalt Bad Hofgastein sowie dem Zentrum für ambulante Rehabilitation eines der drei Kompetenzzentren der PVA, in welchem die Stufe II der medizinisch-berufsorientierten Rehabilitation ab Beginn des Jahres 2018 durchgeführt wird. Künftig sollen Patientinnen und Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen in die Sonderkrankenanstalt Gröbming zugewiesen werden. Das Ergebnis der Absolvierung eines Rehabilitationsaufenthalts der Stufe II kann darin bestehen, dass der Patient wieder in das Arbeitsleben zurückkehren kann oder die Empfehlung zur Absolvierung einer ambulanten bis zu sechs Monate dauernden Rehabilitationsmaßnahme respektive die Empfehlung zur Absolvierung einer Maßnahme der Stufe III erhält.

Die Implementierung der medizinisch-berufsorientierten Rehabilitation ist somit ein weiterer Meilenstein in der Erfolgsgeschichte der Sonderkrankenanstalt Gröbming, welcher dazu beitragen wird, dass diese sich auch künftig als kompetente und innovative Einrichtung in der Rehabilitationslandschaft Österreichs präsentieren kann.



v.l.: GD Dr. Winfried Pinggera, CA Dr. Martin Skornal, Verwaltungsleiter Ing. Gerhard Hochbichler, Prim. Dr. Monika Mustak-Blagus, MBA, PDL Monika Gebeshuber, MSc, GD-Stv. Ing. Kurt Aust, Omann Manfred Andele



v. l. hinten: Walter Troger, Karin Klees, Thomas Cypionka, Irene Kloimüller, Moderator Gerald Groß
v. l. vorne: Thomas Geierspichler, Christian Rädler, Alexander Biach, Hansjörg Hofer

Pioniere Comeback im Job: Was den Wiedereinstieg nach Krankheit oder Unfall erfolgreich fördern kann

Das Alois Mock Institut lud im Rahmen der Reihe „Trends 2030“ in Kooperation mit VAMED eine hochkarätige Expertenrunde zur Diskussion über Vereinbarkeit von Krankheit und körperlicher Einschränkung mit dem Arbeitsleben. Das Thema des spannenden Abends im „Studio 44“ der Österreichischen Lotterien lautete „Comeback im Job“. Grundtenor: Sind alle Beteiligten bereit, über gewohnte Grenzen hinauszudenken, tun sich ungeahnte Möglichkeiten auf.

Von Elisabeth Schneyder

Das Thema sei zwar nicht alltäglich, jedoch äußerst wichtig, betonte Christian Rädler, Obmann des Alois Mock Instituts, in seinen Grußworten. Menschen mit chronischer Krankheit, Behinderung oder Beeinträchtigung seien speziell in der Arbeitswelt mit Herausforderungen konfrontiert, die sich der Rest der Bevölkerung kaum vorstellen könne.

Die Relevanz des Anliegens, den Betroffenen den Weg zurück ins Arbeitsleben zu ebnen, wurde im Lauf des Abends von allen Diskutanten eindringlich bestätigt – nicht allein aus sozialer, sondern auch aus gesellschaftlicher und volkswirtschaftlicher Sicht.

Auch die psychische Ebene zählt
So betonte Walter Troger, Geschäftsführer der VAMED Standortentwicklung und Engineering GmbH, in seiner Eröffnungsrede: „Das Thema liegt der VAMED sehr am Herzen, weil es arbeitsmedizinische Betreuung und Rehabilitation von Menschen nach Unfällen oder Krankheit berührt.“ Als internationaler Gesundheitsdienstleister entwickle das Unternehmen gerade

im Bereich der Vereinbarkeit von Beruf und Krankheitsfolgen verstärkt Rehabilitationsangebote und biete Unternehmen Unterstützung in Sachen Betreuung und Bewusstseinsbildung für die Gesundheit der Mitarbeiter. Ein für die Genesung essenzieller Punkt sei hierbei auch die psychische Ebene: „Mit der Eröffnung des Sonnenberghofes hat VAMED vor acht Jahren einen wesentlichen Meilenstein gesetzt. Wir haben ein Therapiekonzept, das auch auf die psychische Gesundung der Patienten Rücksicht nimmt.“ Troger verwies auf die Bedeutung von Eigenverantwortung und Prävention sowie der Nutzung digitaler Medien zur Erstellung und laufenden Anpassung individueller Therapiekonzepte. Und der VAMED-Geschäftsführer erläuterte die Dringlichkeit sinnvoller Zukunftslösungen: „Die Auswirkungen der Alterspyramide, der laufende Anstieg des Lebensalters, aber auch die Finanzierung unserer Sozialsysteme werden uns vor große Herausforderungen stellen.“ Nicht zuletzt, weil der entscheidende Faktor für Lebensqualität und Schaffenskraft nicht in

der absoluten Lebensdauer, sondern in den gesund verbrachten Jahren liege.

Kosten und Maßnahmen
Wie wenig förderlich es auch für die Volkswirtschaft ist, sich nicht um die Wiedereingliederung von erkrankten oder beeinträchtigten Menschen in den Arbeitsmarkt zu bemühen, unterstrich Alexander Biach, Vorstandsvorsitzender des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger: „In etwa geben wir in Summe zur Behandlung 8,6 Milliarden Euro aus. Das heißt aber noch nicht, dass diese Menschen wieder arbeitsfähig werden und etwas zurückverdienen können. Wir lassen durch, sagen wir, nicht klugen Umgang mit Krankheit in der Arbeitswelt neun Milliarden an Kosten liegen.“ Es gelte, das alte Schema zu durchbrechen, dass nicht ganz gesunde, alte oder gebrechliche Mitarbeiter einfach durch gesunde, junge ersetzbar seien: „Die gibt es nicht mehr in dieser Form und in diesem Ausmaß.“ Nach Unfall oder Krankheit ins Arbeitsleben zurückzukehren sei sowohl für den Einzelnen als auch

für die Gesellschaft enorm wichtig, ein Umdenken also dringend gefragt. Biach nannte „drei Säulen“ der Maßnahmenkette, mit der die Sozialversicherer dieser Problemstellung begegnen: Prävention und Arbeitnehmerschutzbestimmungen, die dazu beitragen, die Zahl der Arbeitsunfälle zu senken. Betriebliche Gesundheitsförderung, die Krankheitsrisiken reduziert. Und gezielte Maßnahmen zur Wiedereingliederung wie etwa die Möglichkeit der Wiedereingliederungsteilzeit. Biach: „Sie sind ja teilweise fit und können beispielsweise von zu Hause schreiben, wenn Sie sich ein Band gerissen haben.“ Das Maßnahmenpaket trage wesentlich dazu bei, „eine gewisse Wertschätzung einziehen zu lassen und Integration zu bieten, die die genannten Kosten zu verhindern versucht“.

Information und Offenheit gefragt
Dr. Irene Kloimüller, Leiterin des Programms „fit2work“ der Bundesregierung, bezeichnete die Teilzeit bei Wiedereingliederung explizit als „Erfolgsmodell“. „Die Betriebe greifen wirklich auf dieses Modell zu.“ Es fehle an Fachkräften. Unternehmen, die in die Ausbildung ihrer Mitarbeiter investieren, seien auch gewillt, diese zu halten. Wichtig sei es, zu klären, welche Einschränkung tatsächlich vorliegt, welche Arbeitsleistung erbracht werden kann und welche Form der Unterstützung nötig sei. Und natürlich hänge vieles vom Willen der Beteiligten und jener Offenheit ab, die es brauche, über etwaige Defizite zu sprechen. Ein Problem sieht Kloimüller in der Akzeptanz für äußerlich nicht erkennbare Leiden: Sichtbare Behinderungen werden leichter akzeptiert als etwa psychische, die jedoch zunehmen und nach wie vor oft stigmatisiert werden. Hier bedürfe es besserer Information, dass psychische Erkrankungen behandelbar seien und „jeden treffen können“. Wie auch die Diagnose „Burnout“. Dieses „Bündel von Symptomen“ ist, wie Alexander Biachs Daten belegen, bei Frauen bereits für 50 Prozent der Neuzugänge im Bereich Frühpension wegen Berufsunfähigkeit verantwortlich.

Ein Umstand, dessen Bedeutung Mediziner und Ökonom Dr. Thomas Cypionka bestätigte: Bereits fast 70 Prozent der Rehabilitationsanträge von Frauen würden wegen psychischer Leiden eingereicht. Früher seien Erkrankte aus dem Arbeitsleben ausgestiegen. Die zunehmende Lebenserwartung werde dem Thema „Comeback im Job“ künftig noch deutlich mehr Gewicht geben. Prävention sei vor allem deshalb so wichtig, weil die Dauer der aktiv gearbeiteten Lebenszeit steige und Leistungen, die Konzentration und geistige Fitness verlangen, im Vergleich zu körperlichen Tätigkeiten stark zunehmen: „Wir müssen einen Bewusstseinswandel und einen kulturellen Wandel erreichen.“

Umdenken tut not
Es gehe bei der Rückkehr ins Arbeitsleben auch stark um individuelle Faktoren, erklärte Medizinerin Dr. Karin Klees, Leiterin des arbeitsmedizinischen Zentrums der VAMED in Kapfenberg. Eine klare Definition der Begriffe „krank“ und „beeinträchtigt“ sei schwierig, weil die tatsächliche Leistungsfähigkeit jedes Einzelnen von unzähligen Rahmenbedingungen sowie

von dessen eigenem Empfinden abhängen. Gute Kommunikation und abgestimmtes Miteinander von Unternehmen und Betroffenen seien also essenziell. Zu oft würden Betriebe mit dieser Problematik allein gelassen. Deshalb urteilte Klees noch mehr Beratung und Begleitung – sowie verstärkte Information über positive Beispiele, weil erfolgreiche Einzelfälle wiederum weitere Betriebe motivieren. In den vergangenen zehn Jahren sei zwar etwa durch Arbeitsplatzanalysen viel erreicht worden, es gebe viele Möglichkeiten, technische Hilfsmittel – wie etwa Hebehilfen – und Arbeitsplätze mit großem Verbesserungspotenzial. Allerdings mangle es oft noch an Akzeptanz.

Der Erfolg von Wiedereingliederungsmaßnahmen hänge letztlich stets von den handelnden Personen ab. Nötig sei allerdings auch ein Umdenken, was den Konnex zwischen Alter und Leistungsfähigkeit betrifft: „Alt bedeutet nicht zwangsläufig krank oder schwach.“

Thomas Geierspichler, selbst seit einem Unfall querschnittsgelähmt, bereicherte die Diskussion um den Blickwinkel Betroffener: „Auch mit einer Beeinträchtigung kann man etwas finden, das passt. Ein Querschnittsgelähmter wird ja eh kein Dachdecker mehr werden wollen.“ Der Paralympics-Sieger plädierte für einen Schulterabschluss von Arbeitgebern und -nehmern: „Die Kommunikation ist wichtig, um Lösungen zu finden, die passen.“ Für Betroffene sei ein Comeback im Job eine Chance auf Rückkehr zu Normalität und Selbstwertgefühl: „Perspektivlosigkeit macht einen kaputt. Gelingt wieder etwas, dann ist das ein Erfolg.“ Der Wiedereinstieg in einen Job diene also auch der psychischen Genesung. Dabei seien auch Eigenverantwortung und Initiative gefragt: „Für mich war die einfachste Möglichkeit, in Richtung Sport zu gehen. Da lernt man, Grenzen zu überwinden, und kann das auch aufs Leben umlegen.“ Und Geierspichler gab zu bedenken: „Gerade der, der es wieder schaffen will, ins Arbeitsleben zurückzukehren, ist oft motivierter als jemand, der diesen Weg noch nie bewältigen musste.“ Ein Problem sei, dass viele Betriebe „fürchten, sich einen Behinderten einzutreten, den sie dann nicht mehr loswerden“.

Barrierefreiheit – auch im Kopf
Eine Sorge, die Gastredner Dr. Hansjörg Hofer, Anwalt für Gleichbehandlungsfragen für Menschen mit Behinderung, zerstreute: „Der Kündigungsschutz für Behinderte ist vor allem eines: ein Mythos!“ Schließlich gelte dieser nur, wenn die betreffende Person bereits seit vier Jahren im Betrieb tätig sei. So lange könne wohl niemand Leistungen vortäuschen, zu denen er gar nicht in der Lage ist. Barrierefreiheit müsse sich auch in den Köpfen durchsetzen, wenn kranken oder beeinträchtigten Menschen ein gelungener Wiedereinstieg ermöglicht werden soll: „Behinderte fragt man sofort, was kannst du nicht? Das fragt man andere nie. Da heißt es, was kannst du besonders gut? Jeder Mensch kann etwas gut, aber keiner alles.“ Der abschließende Wunsch des Anwalts entsprach Geierspichlers Plädoyer für weniger „Political Correctness“, aber mehr Information und Offenheit im Umgang mit kranken oder beeinträchtigten Menschen: „Bitte keine Käseglocke für Behinderte!“

Rollstuhlfahrer Geierspichler: „Ich bin ein glücklicher Mensch. Nicht weil, sondern obwohl ich im Rollstuhl sitze.“

Walter Troger

Geschäftsführer der VAMED Standortentwicklung und Engineering GmbH

„Die Auswirkungen der Alterspyramide, der laufende Anstieg des Lebensalters, aber auch die Finanzierung unserer Sozialsysteme werden uns vor große Herausforderungen stellen.“

Thomas Geierspichler

Renntrollstuhlfahrer und Paralympics-Sieger

„Perspektivlosigkeit macht einen kaputt. Gelingt wieder etwas, dann ist das ein Erfolg.“



„Gerade der, der es wieder schaffen will, ins Arbeitsleben zurückzukehren, ist oft motivierter als jemand, der diesen Weg noch nie bewältigen musste.“

Dr. Thomas Cypionka

Mediziner und Ökonom

„Wir müssen einen Bewusstseinswandel und einen kulturellen Wandel erreichen.“

Christian Rädler

Obmann des Alois Mock Instituts

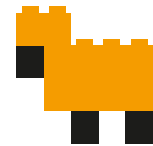
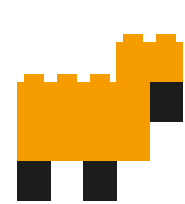
„Speziell in der Arbeitswelt gibt es Herausforderungen für Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen, die sich der Rest der Bevölkerung nur schwer vorstellen kann.“

Dr. Hansjörg Hofer

Anwalt für Gleichbehandlungsfragen für Menschen mit Behinderung

„Viele Barrieren sind in den Köpfen: Behinderte fragt man sofort, was kannst du nicht? Das fragt man andere nie. Jeder Mensch kann etwas gut, aber keiner alles.“

Patientensicherheit erfordert Standardisierung und Risikomanagement



Wenn es in einem Krankenhaus zu einem tödlich verlaufenden Zwischenfall kommt, gehen die Wogen hoch. Doch mit umfassenden Maßnahmen in Sachen Patientensicherheit kann die Häufigkeit solcher Vorfälle drastisch reduziert werden. Über mögliche Lösungsansätze diskutierten hochkarätige Experten auf Einladung des Vereins zur Förderung von Wissenschaft und Forschung (vfwf) bei einem Gipfelgespräch auf der alten Schafalm in Alpbach.

Von Mag. Marlies Martha, MA

Die Medizin hat in den vergangenen Jahrzehnten enorme Fortschritte gemacht. Gleichzeitig sind die Abläufe in der Versorgung der Patienten viel komplexer geworden. Oft ist die Entwicklung wirksamer Therapien mit einer Gratwanderung zwischen erzielbaren Vorteilen und höheren Risiken im Negativfall vergleichbar. „Die dritthäufigste Todesursache in den westlichen Ländern ist ein medizinischer Fehler“, legte Univ.-Prof. Dr. Klaus Markstaller, Leiter der Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie der MedUni Wien im AKH und Präsident des Vereins zur Förderung von Wissenschaft und Forschung, dar.

Grenzen der Patientensicherheit

Prim. Univ.-Prof. Dr. Robert Hawliczek, Abteilungsvorstand der Radioonkologie im SMZ Ost – Donauspital, wies in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung der Begriffshygiene hin: „Die Medizin ist ein risikogerechtes Feld, das Risiko lässt sich in der Medizin daher nie vollkommen ausschalten, zudem gibt es auch nicht vermeidbare, schicksalhafte Todesfälle. Die Bestrebungen müssen somit dahingehen, die Risiken so weit wie möglich zu minimieren, um die Anzahl an vermeidbaren Komplikationen zu reduzieren.“

Zur Begriffshygiene merkte Univ.-Prof. Dr. Lars Kamolz, Leiter der Klinischen Abteilung für Plastische, Ästhetische & Rekonstruktive Chirurgie am LKH-Universitätsklinikum Graz, an, dass man die Patientinnen und Patienten selbst als potenzielle Ressource nicht vergessen dürfe. „Von der MedUni Graz wurde vor Kurzem eine Studie zum Thema Gesundheitskompetenz durchgeführt, die gezeigt hat, dass viele Patienten nicht zwischen Fehlbehandlung und Komplikation unterscheiden können und beides gleichsetzen. Das bedeutet, wir müssen zukünftig klare Begriffsdefinitionen etablieren sowie in ‚health literacy‘ und ‚patient empowerment‘ investieren“, so Kamolz.

Der Direktor der Voralberger Krankenhausbetriebsgesellschaft, Dr. Gerald

Fleisch, riet indessen, die Ansprüche und Erwartungen an Ärztinnen und Ärzte nicht zu hoch anzusetzen, da in einem Krankenhaus als risikogerechtes Umfeld zwar das Prinzip „primum non nocere“ („erstens nicht schaden“) gelte, aber Risiken und Gefahren dennoch nicht verhindert werden können.

Im AKH in Wien haben die Chirurgen und Anästhesisten ein Zentrum für „Perioperative Medizin“ gegründet, um die Kooperation der beiden Fachgebiete rund um Operationen zu verbessern und damit auch die Patientensicherheit zu erhöhen. „Bei großen Bauchoperationen betrug die Sterblichkeit in meiner Ausbildungszeit 20 bis 25 Prozent. Heute sind wir bei null bis zwei Prozent“, erläuterte Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant, Leiter der Universitätsklinik für Chirurgie der MedUni Wien und Vizepräsident des Vereins zur Förderung von Wissenschaft und Forschung. Sei man früher von einem Todesfall pro 1.500 Narkosen ausgegangen, gebe es heute bei jährlich knapp 50.000 chirurgischen Eingriffen pro Jahr im Wiener AKH keinen einzigen Todesfall durch die Narkose mehr.

Risikomanagement als integraler Bestandteil des Managementsystems eines Krankenhauses

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Buchberger, Medizinischer Direktor und Prokurist der Tirol Kliniken GmbH, zeigte Lösungsansätze für das Risikomanagement in einem Krankenhaus auf, die zur Patientensicherheit beitragen können: „Ein Krankenhaus ist ein Hochrisikounternehmen. Wir müssen Risiken im Zusammenhang mit dem Behandlungsprozess systematisch erfassen, bewerten und gezielte Maßnahmen zur Risikoreduktion setzen. Klinisches Risikomanagement muss strategisch verankert sein und aus aufeinander abgestimmten, systematischen, integrierten Maßnahmen bestehen.“

Die Tirol Kliniken GmbH hat über 150 Risikomanager aus verschiedenen Berufsgruppen nach ISO-Norm ausgebildet. Das be-

deutet mindestens zwei Personen pro Abteilung (Ärztin/Arzt und Pflege oder medizinisch-technischer Dienst), die bekannte Risiken ständig überwachen und Meldungen aus dem elektronischen Fehlermeldesystem bearbeiten. Ein wichtiger Bestandteil davon ist auch das Training interprofessioneller Teams im Umgang mit simulierten Risikosituationen. Darüber hinaus erfolgt alle fünf Jahre ein Risikoassessment aller Abteilungen durch externe Experten. Die identifizierten Risiken müssen dann innerhalb eines Jahres auf ein akzeptables Maß reduziert werden. Danach wird ein weiteres externes Assessment durchgeführt. Wenn dieses positiv ausfällt, wird ein Zertifikat ausgestellt. Buchberger unterstrich weiters: „Erst wenn ein funktionierendes System etabliert ist, wird CIRS (Critical Incident Reporting System) – ein Fehlerberichts- und Lernsystem für freiwillige anonyme Meldungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von kritischen Ereignissen, Beinahefällen und Fehlern – eingeführt. Um auch die

nische Direktor der Tirol Kliniken GmbH zeigte sich überzeugt, dass sich die Investitionen in die Implementierung von Risikomanagement in einem Krankenhausbetrieb auch finanziell auszahlen, denn „die Kosten finanzieren sich aus den Einsparungen für die Haftpflichtversicherung“.

Standardisierung in der Medizin

Der entscheidende Unterschied zwischen der Medizin und vielen anderen Industrien sei die fehlende Standardisierung in

Hinblick auf optimale, kosteneffiziente und sichere Abläufe, so Buchberger. Standardisierung bedeute heute im Zeitalter von Industrie 4.0 Digitalisierung. „Die größte Schwäche des österreichischen Gesundheitssystems liegt in der Tatsache, dass wir uns nicht auf dem Stand von Medizin 4.0, sondern erst auf maximal 2.0 befinden. Es gibt zwar Systeme, in die Daten eingespielt und mit einem gewissen Aufwand auch abgerufen werden können. Digitale Systeme werden jedoch weder zur Prozesssteuerung

noch zum strukturierten Wissens- und Informationsmanagement genutzt und auch viel zu wenig zur Qualitätssicherung“, führte Buchberger aus.

„Klinisches Risikomanagement muss strategisch verankert sein und aus aufeinander abgestimmten, systematischen, integrierten Maßnahmen bestehen.“

Univ.-Doz. Dr. Wolfgang Buchberger



Darüber hinaus wären viele Bereiche der Medizin standardisierbar, diese sollten entsprechend hoch standardisiert und digital unterstützt werden. Zudem bedarf es einer Definition von Prozessen. Diese Maßnahmen würden die standardisierbaren Bereiche sicherer machen und gleichzeitig mehr Ressourcen für Ausnahmefälle im nicht standardisierbaren Bereich zur Verfügung stellen, ist sich Wolfgang Buchberger sicher.

Univ.-Prof. Dr. Günther Steger, Professor für internistisch-onkologische Brustkrebsforschung an der Klinischen Abteilung für Onkologie an der MedUni Wien, stimmte zu, wies aber darauf hin, dass man in dieser Hinsicht zwischen intra- und extramuralem bzw. auch zwischen konservativen und chirurgischen technischen Bereichen in der Medizin unterscheiden muss: „Konservative Therapien, die vorwiegend extramural stattfinden, sind weniger gut mess- und standardisierbar.“

Univ.-Prof. Dr. Kamolz ergänzte, dass trotz definierter Schritte bei standardisierten Prozessen die erforderliche Individualisierung in der Medizin durch den Wechsel zwischen verschiedenen Prozessalternativen möglich sei. Gute Beispiele dafür seien Tumorboards oder das Comprehensive Cancer Center, wo

unterschiedliche Disziplinen zusammenarbeiten, um die Abläufe effizienter und sicherer zu gestalten. „Wir müssen nicht das Rad neu erfinden, sondern sollten uns an den Branchenbesten orientieren und Lösungen, die bereits vorhanden sind, aus anderen Industrien für die Medizin adaptieren“, so Kamolz.

DDr. Wolfgang Markl berichtete aus seiner Erfahrung als Kaufmännischer Direktor des Landeskrankenhauses Hall über die Tatsache, dass sich die Standardisierung, die Infrastruktur und Technik in einem Krankenhaus betreffend, in den letzten Jahren stark weiterentwickelt habe: „Es gibt inzwischen viele Normen und Gesetze, deren Einhaltung der Patientensicherheit dient. Das reicht von der Parkgarage, der regelmäßigen Kontrolle von automatischen Türen und Aufzügen bis hin zu Hygienevorschriften für die Essenszubereitung.“

Flexible Bauweise

Zu einer umfassenden Patientensicherheitsstrategie zählen auch Sicherheit und Effizienz als Planungsprinzip bei Bauvorhaben, so Buchberger. Die Art und Weise, wie die meisten Krankenhäuser bisher gebaut wurden – mit hohen Bettentürmen –, wird durch den vermehrten ambulanten Bedarf und die immer weniger

wichtig werdenden klassischen Stationsstrukturen angepasst werden müssen. So sollten Krankenhäuser in Zukunft eher wie Produktionsstraßen gebaut werden. Die baulichen Strukturen müssen sich zudem an medizinischen Prozessen orientieren. Ein Beispiel dafür wäre die zentrale Chemotherapieaufbereitung bei ambulanten, systemischen Tumorthérapien an einem Ort, um den Transportwege so kurz wie möglich zu halten. Darüber hinaus ist auch eine flexible Bauweise von großer Bedeutung, damit Türen und Wände bei Bedarf ohne großen Aufwand versetzt werden können. Dies soll eine flexible Anpassung an die laufenden dynamischen Entwicklungen in der Medizin ermöglichen, betonte Buchberger.

Für die Zukunft wünschte sich Kamolz: „Bevor man mit einem Neubau beginnt, sollte man aus Sicht der Patientinnen und Patienten überlegen, wie die räumlichen Strukturen aufgebaut sein sollten, damit die Abläufe so effizient und sicher wie möglich und die Wege für die Patienten so kurz wie möglich werden. Dazu zählt auch interdisziplinäre Zusammenarbeit wie z. B. an unserer neu gebauten interdisziplinären Tagesklinik am Klinikum Graz, wo alle Disziplinen zusammenarbeiten und die komplette Behandlung am selben Ort durchgeführt werden kann.“

Teilnehmer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Save the Date
Universitätsvorlesung 2018 des vfwf

Sind wir sicher?
Sicherheit in der Universitätsmedizin

Wolfgang Bachler, Krisen- und Sicherheitsmanager

Freitag, 19. Jänner 2018, 13:00 Uhr

Hörsaalzentrum der MedUni Wien
MedUni Campus- AKH Wien
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

vfwf
Verein zur Förderung von Wissenschaft und Forschung

Muss die Rettung gerettet werden?

Im Sommer 2017 tauchten in den Medien Berichte über Entlassungen beim Wiener Roten Kreuz und über die Gefährdung des „Rettungswesens“ auf. Tatsächlich sind aber alle Beteiligten am Erhalt der Blaulichtorganisationen in Wien interessiert; auch könnte die Wiener Berufsrettung die benötigten Fahrten nicht alleine bewältigen.
Von GD Dr. Theodor Thanner

Die Involvierung der Bundeswettbewerbsbehörde (BWB) in diese Frage erscheint alles andere als offensichtlich. Dennoch hatte sich die BWB erstmals im Sommer 2015 im Zuge des Zusammenschlusses Wiener Rotes Kreuz/Grünes Kreuz mit den Märkten Rettungswesen, Krankentransporte und Krankentransporte befassen. Die Ampartei stellten gem. §§ 11 ff KartG einen Prüfungsantrag beim Kartellgericht. Am 3. 11. 2015 wurde der Zusammenschluss unter Auflagen vom Kartellgericht genehmigt.

Dem Gutachten, welches im Rahmen des kartellgerichtlichen Verfahrens u.a. zur Marktabgrenzung erstellt wurde, sind folgende Märkte zu entnehmen: Ambulanzdienste, Transportleistungen (Fahrtdienste, Krankentransporte, Krankentransporte) und Rettungstransporte. Ambulanzdienste und Rettungsfahrten können nur von anerkannten Rettungsorganisationen, also etwa dem Roten Kreuz, den Samaritern, den Johannitern und den Maltesern („Vier für Wien“) erbracht werden. Der Markt für „Transportleistungen“ hingegen ist schon seit einigen

Jahren zwischen den „Vier für Wien“ und gewerblichen Anbietern umkämpft; dieser Kampf führte auch zu mehreren Beschwerden bei der BWB.

Worum also wird gekämpft und warum? Gekämpft wird um gehbehinderte Patienten, die kein öffentliches Verkehrsmittel und auch keinen Fahrtendienst benutzen können. Hier ist zwischen einfacher und qualifizierter Beförderung zu unterscheiden. Hat der Patient Bedarf an sanitätsdienstlicher Hilfe, so handelt es sich um einen qualifizierten Krankentransport oder einen Rettungstransport, welcher nur von den „Vier für Wien“, dem SMD und GWS durchgeführt werden kann. Einerseits scheint es immer wieder zu Unstimmigkeiten hinsichtlich der dem Arzt obliegenden Beurteilung, betreffend die Notwendigkeit sanitätsdienstlicher Hilfe, zu kommen, andererseits scheinen gewerbliche Anbieter, die eine einfache Krankentransporte vornehmen, nicht immer ausreichend dafür ausgestattet zu sein bzw. sind die Rettungsorganisationen für manche Transporte überqualifiziert.

Das Marktsegment, welches ausschließlich von Rettungsorganisationen zu bedienen wäre, wird gleichsam stetig verringert. Um das Schrumpfen des Marktes auszugleichen, bemühen sich die Rettungsorganisationen vermehrt um einen Zutritt zum weniger qualifizierten Markt. Vor allem die gemeinsame Leitstelle der gewerblichen Anbieter, an welcher die Rettungsorganisationen bis dato nicht teilnehmen können, scheint ein Hindernis für den Eintritt in diesen zu sein.

Die Turbulenzen am Markt bzw. dessen Neuorientierung wurden unter anderem auch durch die Vorgabe, das „ökonomisch sinnvollste Transportmittel“ zu verwenden bzw. zu verordnen, ausgelöst. Dies ist wiederum eine Konsequenz der im Landeszielsteueringesetz festgelegten Gesundheitsreform.

Die Aufgabe der BWB in dieser Gemengelage ist es nun, für Beschwerden von Marktteilnehmern, die sich z.B. durch Nichtteilnahme an Leitstellensystemen ausgeschlossen fühlen, offen zu sein und diese einer Lösung zuzuführen sowie den Markt in seiner Gesamtheit weiter zu beobachten und einen Beitrag zu mehr Transparenz zu leisten.

BWB
BUNDESWETTBEWERBSBEHÖRDE



GD Dr. Theodor Thanner
Generaldirektor für Wettbewerb



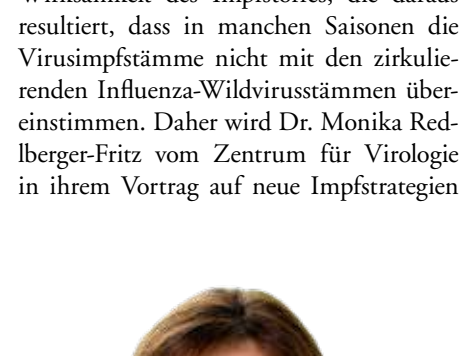
Künftige Impfstoffe: Wo geht die Reise hin?

Der Österreichische Impftag 2018, die größte wissenschaftliche Veranstaltung zum Thema Impfen in Österreich, steht am 13. Jänner 2018 unter dem Motto „Künftige Impfstoffe – wo geht die Reise hin?“. Die Themen des Fortbildungstages reichen von effizienten Kommunikationsstrategien, um der steigenden Impfskepsis und Impfabneigung zu begegnen, über Optimierungspotenziale bereits vorhandener Impfstoffe bis zur Entwicklung neuer Impfstoffe – nicht nur gegen Infektionskrankheiten, sondern auch gegen nicht infektiös bedingte chronische Erkrankungen.

Von Univ.-Prof. Dr. Ursula Wiedermann-Schmidt, MD, MSc, PhD

Einleitend wird die renommierte Psychologin, Prof. Dr. Cornelia Betsch von der Universität Erfurt, die sich bereits seit vielen Jahren mit der Kommunikation rund um das Thema Impfen beschäftigt, darlegen, dass die Art und Weise wie Ärzte und Apotheker aufklären und mit dem Patienten kommunizieren, entscheidend ist. Es werden Strategien thematisiert, die Ärzte und alle im Gesundheitsbereich tätigen Personen zur Förderung einer vertrauensvollen Aufklärung über Impfungen im klinischen Alltag anwenden sollten.

Das Kernthema des diesjährigen Impftages – künftige Impfstoffe – umfasst nicht nur die Entwicklung neuer Impfstoffe, sondern auch potenzielle Optimierungspotenziale von sich bereits am Markt befindlichen Impfstoffen am Beispiel der Influenza- und Pertussisvakzine. Der Influenzaimpfstoff ist einer der am schlechtesten angenommenen Impfstoffe in Österreich. Zum Teil begründet sich das in der oftmals ungenügenden Wirksamkeit des Impfstoffes, die daraus resultiert, dass in manchen Saisonen die Virusimpfstämme nicht mit den zirkulierenden Influenza-Wildvirusstämmen übereinstimmen. Daher wird Dr. Monika Redlberger-Fritz vom Zentrum für Virologie in ihrem Vortrag auf neue Impfstrategien



Univ.-Prof. Dr. Ursula Wiedermann-Schmidt, MD, MSc, PhD
Präsidentin der ÖgVak

eingehen und diskutieren, ob eine universelle Influenzaimpfung in naher Zukunft Realität werden wird.

Für die Pertussisimpfung gilt Ähnliches – in den vergangenen Jahren wurden wir mit einem enormen Anstieg von Keuchhustenerkrankungen konfrontiert. Ursachen dafür sind einerseits die schlechte Durchimpfungsrate, andererseits der derzeitige Impfstoff, der nur eine kurze Immunität bewirkt und darüber hinaus nur die Erkrankung, nicht aber die Infektion bzw. die Besiedelung mit den Bakterien verhindern kann. Prof. Dr. Camille Loch vom Institut Pasteur de Lille, der seit vielen Jahrzehnten auf dem Gebiet der Pertussisimpfstoffe arbeitet, wird über neue Entwicklungen einer mukosalen Lebendimpfung referieren, die den vorliegenden Untersuchungen zufolge einen verbesserten Schutz mittels Verhinderung der Infektion bieten könnte.

Die weiteren Vorträge des Impftages werden sich Zukunftsthemen in der Vakzinologie widmen. Em. Prof. Robert Steffen von der Universität Zürich, wird einen Überblick über den Stand der Impfstoffentwicklung gegen wichtige Tropenkrankheiten geben sowie der Frage nachgehen, ob neue Technologien einen entscheidenden Beitrag liefern können, um dem Ziel von wirksamen Impfstoffen gegen bestimmte Reise- und Tropenkrankheiten näherzukommen. Des Weiteren wird vom Team um Univ.-Prof. Dr. Rudolf Valenta, Allergieforscher am Institut für Pathophysiologie & Allergieforschung der MedUni Wien, erläutert, wie anhand der Entwicklung einer Impfung gegen Allergien das Konzept einer Allergievakzine gleichzeitig gegen bestimmte Erreger eingesetzt werden könnte. Den finalen Vortrag wird Univ.-Doz. Dr. Martin Brunner, Lehrungsleiter des ULG Clinical Research der MedUni Wien, bestreiten und dabei die Ergebnisse einer Phase-I-Studie zur Entwicklung eines potenziellen Impfstoffs gegen Alzheimer vorstellen.

Im Anschluss an die Vorträge wird traditionsgemäß der neue/überarbeitete Impfplan (2018) seitens des Gesundheitsministeriums vorgestellt. Ferner wird es einen Workshop geben, der sich mit der Fragestellung „Wie antworte ich auf impfkritische Fragen?“ beschäftigt. Den Abschluss wird ein Impfquiz bilden, das den Teilnehmern die Möglichkeit bietet, praxisrelevante Impffragen interaktiv zu beantworten bzw. zu bearbeiten.

ögVak
Österr. Gesellschaft für Vakzinologie



v.l.: Hanns Kratzer, Alexander Blach und Dominik Flener beim heurigen Kamingsgespräch

Plattformen

Der Praxis-Lehrgang Market Access & Reimbursement geht in die 11. Runde

Am 9. November fand das sechste jährliche „Kamingsgespräch“ exklusiv für Absolventen und Teilnehmer des von HealthCareConsulting und PERI Consulting organisierten Kompetenz-Lehrgangs „Market Access & Reimbursement“ statt. Gemeinsam mit Dr. Alexander Blach, Vorstandsvorsitzender des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, konnte ein offener Austausch über die aktuellen Herausforderungen des österreichischen Gesundheitssystems geführt werden.

Von Mag. Klaudia Besler, MBA

Seit nun sechs Jahren bietet HealthCareConsulting gemeinsam mit PERI Consulting den Kompetenz-Lehrgang „Market Access & Reimbursement“ an, welcher im April 2018 zum bereits elften Mal stattfinden wird. Mehr als 100 Teilnehmer haben dieses Angebot schon genutzt, um praxisnah zu erfahren, wie neue Produkte am bestehenden, sich jedoch stetig wandelnden Markt etabliert werden können. Insbesondere der Markt für Biologika ist derzeit in Bewegung, begründet durch den Eintritt neuer Produkte und des in Österreich erst seit Kurzem geklärten Erstattungsstatus von Biosimilars. Die Aufnahme von Biosimilars in den Erstattungskodex, aber auch andere aktuelle Änderungen im Erstattungssystem wie z.B. die Einführung von Preisbändern und Preisregulierungen auch innerhalb der so genannten No-Box müssen den Teilnehmern in einer gut strukturierten Form übermittelt werden. Daher deckt der „Market Access & Reimbursement“-Lehrgang alle wichtigen Themenfelder des Market-Access-Managements ab. Von den rechtlichen und gesundheitsökonomischen Grundlagen des österreichischen Gesundheitssystems über den Antragsprozess in den EKO bis hin zur Entwicklung, Implementierung, Organisation und Kommunikation einer erfolgreichen Market-Access-Strategie spannt sich der Bogen über sechs Module. Nicht nur theoretische, sondern auch praxisorientierte Vorträge durch erfahrene Spezialisten und Experten als Referenten sowie die

Integration von Fallbeispielen runden den Lehrgang ab. Eine separate Kick-off-Session vor dem Start des eigentlichen Lehrgangs bietet Gelegenheit, den Wissensstand und die Erwartungen der Teilnehmer abzuklären und im weiteren Verlauf einen Fokus auf die Bedürfnisse und individuellen Interessen zu gewährleisten.

Um den Alumni des Lehrgangs die Möglichkeit zu geben, das Gelernte zu vertiefen und sich auch mit wesentlichen Stakeholdern zu vernetzen, findet exklusiv einmal pro Jahr ein Kamingsgespräch 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 Consulting, 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 (Krankenanstaltenverbund) und Chefärzt Dr. Peter Grüner (Salzburger Gebietskrankenkasse) zum gemeinsamen Abend

begrüßen. Beim nun sechsten Kamingsgespräch des „Market Access & Reimbursement“-Lehrgangs nahm Dr. Alexander Blach (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) gerne die Einladung zum Austausch mit dem Thema „Gesundheitspolitik neu denken – Gesundheitsversorgung neu aufstellen“ an. „Starten wir doch den Versuch, Dinge neu zu denken und nicht mehr Maßnahmen zu verfolgen, die bereits die letzten Jahre nicht durchgebracht wurden oder funktioniert haben. Vielleicht lassen sich so neue Wege finden, um das österreichische System nachhaltig zu verbessern und so schlussendlich die Versorgung der Bevölkerung abzusichern.“ so Dr. Alexander Blach. Sehr faktisch und sachlich, gleichzeitig aber herzlich wurde eine offene Diskussion geführt, die alle Anwesenden einen Schritt näher zum gemeinsamen Verständnis für die Herausforderungen des österreichischen Gesundheitssystems gebracht hat und nicht vergessen lässt, wie wichtig es ist, die medizinische Versorgung zu verbessern.

Nächster Lehrgang ab April 2018 – jetzt schon anmelden!
Aufgrund des positiven Feedbacks aller Teilnehmer und des steigenden Bedarfs an Market-Access-Know-how wird der Lehrgang auch im kommenden Jahr wie-

Mag. Dominik Flener
HealthCareConsulting Group

„99 Prozent Weiterempfehlung – das Feedback von mehr als 100 Lehrgangsteilnehmern freut uns und zeigt, dass unser Kompetenz-Lehrgang in der Lage ist, das relevante Wissen für Market Access & Reimbursement zu vermitteln!“

Mag. Hanns Kratzer
PERI Consulting GmbH und
Lehrgangsleiter

„Market Access bedeutet gemeinsame Sichtweisen schaffen, einander verstehen lernen, tragfähige Lösungen erarbeiten. Wir freuen uns, hier mit dem Lehrgang das notwendige Rüstzeug anbieten zu können!“

der angeboten. Der nächste Durchgang startet im April 2018. Anmeldungen bitte unter gabriele.fantl@hccgroup.eu oder 01/865 42 78-26. Weitere Informationen finden Sie unter: www.hccacademy.at/katalog/mamlg.

MARKET ACCESS & REIMBURSEMENT
Kompetenz-Lehrgang

6 Praxis-Module 1 Kick-Off-Session 7 Experten als Referenten

Start | April 2018

www.hccacademy.at/katalog/mamlg

HEALTH CARE
CONSULTING
GROUP

In Kooperation mit

IEPI

Erster Österreichischer Gesundheitsgipfel

Gesundheit neu denken?

Neue Modelle in der Gesundheitspolitik!

Die Krankenkassen stecken in finanziellen Schwierigkeiten, Prävention wird vernachlässigt. Hinzu kommen dramatische Herausforderungen in der Pflege und im Umgang mit immer mehr dementen älteren Menschen. Diesen Thematiken widmete sich der „Erste Österreichische Gesundheitsgipfel“ der Ärztekammer für Wien, der – unter renommierter internationaler Besetzung – am 4. Dezember 2017 in der Aula der Wissenschaften in Wien stattfand. Über die Grenzen der Finanzierbarkeit und mögliche Alternativen diskutierten Spitzen aus Politik, Wirtschaft und Wissenschaft.

Von Mag. Marlies Martha, MA



Plattformen

Prof. Dr. Dietrich Grönemeyer

Mehr als 300 Besucher folgten der Einladung der Ärztekammer für Wien zum „Ersten Österreichischen Gesundheitsgipfel“, der namhafte internationale Gesundheitsexperten als Impulsreferenten und Podiumsdiskutanten bot. Die Veranstaltung wurde vom Präsidenten der Wiener und der Österreichischen Ärztekammer, ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres, eröffnet. Es gehe „um das Aufzeigen von Lösungen, um den drohenden Kollaps im österreichischen Gesundheitssystem zu verhindern. Denn ein massiver Ärztemangel ist bereits derzeit spürbar, die Ambulanzen in den großen Krankenhäusern sind überlastet, die allgemeinmedizinische Versorgung weist große Lücken auf und die gefürchtete Zwei-Klassen-Medizin ist in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung längst Realität“, so Szekeres. In Anbetracht der Herausforderungen stellte er die Frage „Müssen wir Gesundheitspolitik nicht vollkommen neu denken?“ in den Raum.

Der Vizepräsident der Ärztekammer für Wien, MR Dr. Johannes Steinhart, erläuterte die Ziele der Veranstaltung: „Unser Anliegen ist es, die Gesundheitspolitik in Österreich mitzugestalten und eigene Akzente zu setzen. Wir werden nicht an einem Tag die Lösung sämtlicher Probleme erarbeiten können, aber wenn wir nur einen Schritt weiterkommen, das österreichische Gesundheitssystem zukunftsfit im Sinne der uns anvertrauten Patienten zu machen, haben wir schon viel erreicht.“

Anpassung der Gesundheitspolitik an demografischen Wandel

Die Bevölkerung wächst und altert gleichzeitig rasant: „Während derzeit etwa zehn Prozent der Weltbevölkerung älter als 65 Jahre ist, werden es 2050 bereits 22 Prozent sein“, warnte der renommierte Mediziner Prof. Dr. Dietrich Grönemeyer, Leiter des Grönemeyer-Instituts für Mikrotherapie und emeritierter Professor für Radiologie und Mikrotherapie an der Universität Witten/Herdecke, in seiner emotional aufgeladenen Eröffnungsrede. Die Folgen sind unter anderem eine Zunahme chronischer Krankheiten, in erster Linie der Zivilisationskrankheiten (Herz-Kreislauf, Bewegungsapparat, Tumore), sowie ein Anstieg der funktionellen Störungen und der Multimorbidität, zunehmend Magen-Darm-Erkrankungen und Burnout. Er forderte daher ein „radikales Umdenken in der Gesundheitspolitik unter der Prämisse ‚Heilen statt Kranksparen‘“.

Grönemeyer machte deutlich, dass Investitionen im Gesundheitssystem nicht primär unter dem Aspekt der Kosten begriffen werden sollten. Vielmehr sollte der damit verbundene volkswirtschaftliche Nutzen in den Vordergrund gestellt werden. Investitionen in das Gesundheitswesen seien Investitionen in die Entwicklung der Gesellschaft, und zwar im ganzheitlichen Sinn: wirtschaftlich, ökologisch und sozial. Gesundheit sei „kulturerhaltend und kulturschaffend“, so Grönemeyer.

Auch für den Präsidenten des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung und Profes-

sor für Makroökonomie an der Humboldt-Universität zu Berlin, Prof. Marcel Fratzscher, Ph.D., stellen der technologische Fortschritt und der demografische Wandel Deutschland wie Österreich „vor eine riesige Herausforderung, die auch das Gesundheitssystem grundlegend verändern wird“. Mit zunehmender Lebenserwartung würden auch Ansprüche an die gesundheitliche Versorgung und Versorgungssicherheit steigen. Aufgabe der Politik sei es, eine ausgewogene Balance zwischen staatlichen und privaten Leistungen und Anbietern sicherzustellen sowie bessere Rahmenbedingungen für Wettbewerb und Effizienz zu schaffen. Die Erfahrung anderer EU-Länder könne dabei helfen.

Gesundheit – ökonomisches Potenzial oder Kostenfaktor?

Dr. Alexander Biach, Vorstandsvorsitzender des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, betonte: „Wir brauchen intelligente Ansätze in Bezug auf Eigenverantwortung und Lebensstil der Menschen. Dann ist auch die Finanzierbarkeit eines Gesundheitssystems machbar.“

Dr. Michael Stolpe vom Institut für Weltwirtschaft der Universität Kiel erteilte in

seiner Rede der Politik den Auftrag, „den Menschen zu helfen, ihren Wunsch nach längerer Lebenszeit bei hoher Qualität in Erfüllung gehen zu lassen, mit anderen Worten: der expandierenden Nachfrage ein qualitativ hochwertiges und mit der Nachfrage expandierendes Angebot entgegenzustellen“.

Eine Schlüsselrolle spielt dabei für Stolpe ein gut entwickeltes und sich stetig weiterentwickelndes Gesundheitswesen: „Es



a.o. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres

muss seine Produktivität durch die Absorption neuen medizinischen Wissens immer weiter steigern, und zwar einerseits durch eine noch bessere Aus- und Weiterbildung seiner Mitarbeiter und andererseits durch die effiziente Adoption relevanter technologischer Innovationen.“

Diese Innovationen würden oft von großen internationalen Unternehmen angeboten, die vielfach durch Patente abgesicherte Monopolmacht hätten und dazu neigten, die geringe Preissensitivität der effektiven Nachfrage in solidarisch finanzierten Gesundheitssystemen auszunutzen, um hohe Preise und Gewinnmargen durchzusetzen. Um dieser „Marktmacht der Technologieanbieter in Zulassungs- und Preissetzungsverfahren“ wirksam entgegenzutreten zu können, bräuchten Länder mit solidarisch finanzierten Gesundheitssystemen effiziente Verfahren der vorausschauenden Technologiebewertung, einschließlich ökonomischer Evaluationen.

Das in der öffentlichen Diskussion oft gebrauchte Schlagwort „Kostenexplosion“ ließ Stolpe so nicht gelten, ganz im Gegenteil: „Der medizinische Fortschritt lässt die Kosten zusätzlicher qualitätsbereinigter Lebensjahre sinken.“

Rückbesinnung auf die grundlegenden Werte des Arztberufs

Vor einer modernen Medizin, die vollkommen unreflektiert nach dem Modell der industriellen Produktion und nach ausschließlich öko-

nomischen Gesichtspunkten gesteuert wird, warnte der Medizinehiker Prof. Dr. Giovanni Maio, M.A. phil., der an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg lehrt: „Dadurch gerät die Medizin in einen Strudel, der ihre eigenen Werte auf den Kopf stellt.“

Ärztinnen und Ärzte müssten mit Entschiedenheit verdeutlichen, dass das, was der kranke Mensch von ihnen erwartet, etwas anderes ist als das, was das politische System gegenwärtig aus ihnen machen möchte: „Zur ärztlichen Logik gehört ein ganzheitliches Denken, ein Wille, zunächst den ganzen Menschen sehen zu wollen, bevor man als Arzt behandelt. Daher sind die Ärztinnen und Ärzte selbst dazu aufgerufen zu verdeutlichen, worin ihre eigentliche Leistung besteht.“ Denn in einem ökonomisierten und industrialisierten System werde die prosoziale Einstellung der Ärztinnen und Ärzte immer mehr zur Nebensache.

Gesundheitsförderung und Prävention statt Krankheitsbekämpfung

In Österreich wird im öffentlichen Gesundheitssystem nur behandelt, wer krankgeschrieben ist. Wer Prävention betreiben möchte, muss zahlen, wurde von den Referenten massiv kritisiert. Die Sozialversicherung zahle nur bei Krankheit, präventivmedizinische Maßnahmen würden nicht honoriert, lautete die Kritik.

Für Univ.-Prof. Dr. Volker Amelung, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbands Managed Care e.V. und Professor für In-

ternationale Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover, ist Prävention von zentraler Bedeutung, vor allem für die Nachhaltigkeit und Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung, „und es unterstützt die Generationenfestigkeit“. Die Grundlage eines effizienten Gesundheitssystems sei die Überwindung der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, wobei die integrierte Versorgung ständig weiterentwickelt werden müsse. Die Möglichkeiten moderner Medizin würden präventive Maßnahmen oft erst ermöglichen und die Prämisse müsse heißen: „Schadensbegrenzung vor Schadensbekämpfung.“ Auch ao. Univ.-Prof. Dr. Herwig Ostermann, Geschäftsführer der Gesundheit Österreich GmbH, plädierte für die Etablierung einer integrierten Gesundheitspolitik: „Ein höheres Ausmaß an Abstimmung der Versorgung zwischen den einzelnen Dienstleistern – einschließlich der Selbstversorgung – sowie über die Sektoren hinweg ist essenziell.“

„Revolution in der Medizin“: individualisierte Therapien und zunehmende Roboterisierung

Eine Revolution in der Medizin sei die Überwindung der Grenzen zwischen naturwissenschaftlicher und individueller Medizin, brachte ao. Univ.-Prof. Dr. Matthias Beck, Professor für Moraltheologie an der Universität Wien und Kaplan der Pfarre St. Josef zu Margareten, einen weiteren Aspekt in die Diskussion ein. „Das kann dazu führen, dass vor jeder medikamentösen The-

rapie eine Genanalyse durchgeführt wird, damit eine spezifisch zielgerichtete Therapie für den einzelnen Patienten eingeführt werden kann. Das könnte die Medizin zunächst verteuern, auf Dauer aber womöglich billiger machen.“ Hier führe das bessere Verständnis von Krankheiten auch zu einer größeren Verantwortung des Patienten, der durch Lebensstiländerungen an der Heilung von Krankheiten oder an ihrer Prävention mitwirken könne, so Beck.

Eine weitere Neuerung wird laut Beck sein, dass man riesige Datenmengen über die Patienten sammeln werde: „Womöglich werden Computer demnächst die Diagnose erstellen und gleich eine Therapie mit anbieten.“ Hier stelle sich die Frage, wer die Computer programmieren solle. Laut Beck spiele der Arzt „womöglich eine immer kleinere Rolle, weil der Computer seine Arbeit übernimmt, oder aber er muss umgekehrt breiter und ‚ganzheitlicher‘ ausgebildet werden, um die vom Computer errechneten Daten in ein Gesamtbild für den Patienten zusammenzusetzen“. Schließlich werde die Ergänzung oder Ersetzung des Menschen durch Roboter zur weiteren Umstrukturierung der Medizin und des Arbeitsmarktes führen, so die Prognose von Beck.

ASQS-Symposium 2017: in den Schuhen des Patienten gehen



Am 18. Oktober 2017 fand in Graz das zweite Symposium der Österreichischen Fachgesellschaft für Qualität und Sicherheit im Gesundheitswesen (ASQS) zum Thema „Gesundheitskompetenz – in den Schuhen des Patienten gehen“ statt; weit über 100 nationale und internationale Teilnehmer präsentierten neue Erkenntnisse und diskutierten über das weitreichende Feld „Gesundheitskompetenz“. Im Rahmen des Symposiums wurde nicht nur der bestehende Ist-Zustand thematisiert, sondern in erster Linie wurden auch strategische Lösungsansätze und praktische Fallbeispiele zur Förderung der Gesundheitskompetenz und Prävention präsentiert.

Von Mag. Marlies Martha, MA



Vortragende aus ganz Österreich und Deutschland thematisierten beim zweiten ASQS-Symposium im Oktober des vergangenen Jahres in Graz das Thema Gesundheitskompetenz im Allgemeinen sowie spezielle Modelle, die zu einer optimierten Versorgung der Patienten beitragen sollen. Grund genug, sich einmal mit dem Begriff „Gesundheitskompetenz“ im Detail auseinanderzusetzen:

Was versteht man unter Gesundheitskompetenz?

Gesundheitskompetenz umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, um im Alltag informierte Entscheidungen in Bezug auf ihre Krankenversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung treffen zu können. Gesundheitskompetenz baut dabei auf grundlegenden Les-, Schreib- und Rechenkompetenzen auf, die uns die Bewältigung des Alltags auch in gesundheitlicher Hinsicht ermöglichen.

Wie kompetent sind die Österreicherinnen und Österreicher in Bezug auf ihre Gesundheit?

Die im Jahr 2012 veröffentlichten Ergebnisse der ersten europäischen Vergleichsstudie zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung waren für Österreich ermutigend. Mehr als die Hälfte der österreichischen Bevölkerung (54,2 Prozent) verfügt über eine problematische oder inadäquate Gesundheitskompetenz.

Warum ist Gesundheitskompetenz wichtig?

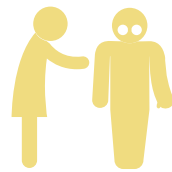
Gesundheitskompetenz ist eine wichtige Schlüsseldeterminante von Gesundheit. Studien zeigen, dass Personen mit limitierter Gesundheitskompetenz oftmals unter schwerwiegenden gesundheitlichen Konsequenzen leiden. Mangelnde Gesundheitskompetenz geht mit geringerem Verständnis von Gesundheitsbotschaften und Behandlungsoptionen, größeren Schwierigkeiten bei der Orientierung im Gesundheitssystem, gesundheitsschädlicherem Verhalten, schlechterem Umgang mit chronischen Erkrankungen, geringerer Inanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention, mehr stationären Aufnahmen, erhöhten Erkrankungsrisiken sowie erhöhter Sterblichkeit einher. Darüber hinaus verursacht mangelnde Gesundheitskompetenz hohe volkswirtschaftliche Kosten. So ist es nicht weiter verwunderlich, dass die Stärkung der Gesundheitskompetenz eines der zehn österreichischen Rahmengesundheitsziele und ein wesentlicher Eckpunkt der österreichischen Gesundheitsreform ist. Der Bedeutung des Themas wurde auch durch die Schaffung der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) Rechnung getragen. Die ÖPGK fördert als sektorenübergreifende Plattform unter anderem die Vernetzung und Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure und soll die langfristige Entwicklung des Themas Gesundheitskompetenz in Österreich unterstützen.



Priv.-Doz. Mag. Dr. Gerald Sendlhofer

Präsident der ASQS

„Die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) ist ein wichtiger Eckpunkt zur Förderung der Gesundheit und der gesundheitlichen Chancengleichheit der Bevölkerung. Sie soll die Menschen dabei unterstützen, im Alltag eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen, die ihre Gesundheit fördern. Mit den ASQS-Symposien will ASQS einen Beitrag zur Verbesserung der Situation rund um die österreichische Gesundheitskompetenz leisten. Auch wenn aus unserer Sicht noch viel mehr in diesem Bereich gemacht werden sollte, ist es wichtig, die verschiedenen Ansätze und bereits erfolgreich etablierten Projekte bekannter zu machen.“



Univ.-Prof. Dr. Lars Peter Kamolz, MSc.

Leiter der Research Unit „Safety in Health“ und der klinischen Abteilung für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie der Medizinischen Universität Graz:

„Bis vor wenigen Jahren hat das Thema Health Literacy vor allem im deutschsprachigen Raum im Bereich der Forschung keine nennenswerte Rolle gespielt. Insgesamt steht die Forschung in diesem Bereich in Deutschland, Österreich und der Schweiz noch am Anfang. Zugleich werden aber bereits Interventionen entwickelt und -umsetzung forciert. Das ist verständlich, dennoch droht damit die Gefahr, dass der zweite Schritt vor dem ersten Schritt getan wird: dass bereits Interventionen entwickelt, erprobt und umgesetzt werden, ohne die spezifische Ausgangslage der Bevölkerung ausreichend zu kennen, in die hinein interveniert wird. Daher sollte die Forschung stärker vorangetrieben und sollten offengebliebene Fragen weiter geklärt werden; basierend darauf sollten dann entsprechende Maßnahmen getroffen werden. Das gilt vor allem für die Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen sowie bei chronisch Kranken. Wir sind froh, dass z. B. in der Steiermark der Gesundheitsfonds einen anderen Weg geht und entsprechende Forschungsprojekte auf diesem Gebiet sehr unterstützt.“



Johannes Oberndorfer

Geschäftsführer der RMA Gesundheit GmbH

„Dass das MINI MED-Studium wirkt, zeigt eine Umfrage: 95 Prozent der Befragten gaben an, durch den Besuch eines MINI MED-Studium-Vortrags einen konkreten Nutzen für ihre Gesundheit gewonnen zu haben. Sie konnten diesen Nutzen auch direkt benennen. Dass sich Gesundheitskompetenz erlernen lässt, zeigt auch eine im Herbst 2012 durchgeführte Befragung unter MINI MED-Studentinnen und -Studenten. Von 1.051 Befragten fühlen sich 1.028 (98,6 Prozent) durch die Besuche der Vorträge im Gespräch mit dem Arzt kompetenter. Wir sind sehr dankbar, dass wir unser Konzept beim heurigen ASQS-Symposium vorstellen durften.“



Markus Stickler

für die Organisatoren des Gesundheitsforums PRAEVENIRE in Seitenstetten

„Das Gesundheitsforum PRAEVENIRE in Seitenstetten fand 2017 bereits zum zweiten Mal statt. Unter dem Motto ‚Zuhören, Beitragen, Umsetzen‘ haben wir es uns zum Ziel gesetzt, bei einem jährlich stattfindenden Kongress evidenzbasierte Lösungsmodelle für Herausforderungen bei verschiedenen Krankheitsbildern zu entwickeln sowie definierte Projektmodelle in weiterer Folge auf Gemeindeebene umzusetzen. Wir wollen die Österreicherinnen und Österreicher einfach gesünder machen und die Awareness für bestimmte Erkrankungen erhöhen. Diesen Weg werden wir konsequent fortsetzen und danken für die Einladung zum ASQS-Symposium, wo wir PRAEVENIRE wieder ein wenig bekannter machen konnten.“

ASQS
Austrian Society for
Quality & Safety in
Healthcare

SIH
RESEARCH UNIT FOR SAFETY IN HEALTH
PROVIDING SOLUTIONS FOR TOMORROW'S NEEDS

Plattformen

Sag mir, was du isst ...

Bei der diesjährigen „La soirée verte“ von Sanofi drehte sich alles um die Themen Ernährung und Gesundheit. Drei spannende Vorträge und eine anregende Diskussion sorgten für einen angenehmen Abend in den Räumlichkeiten der französischen Botschaft in Wien.

Von Dr. Nedad Memić

Ein voller Saal und viele neugierige Blicke: Unter dem Titel „Reality-Check: Ernährung und Gesundheit 2017 vs. 2037“ organisierte Sanofi Österreich ein interdisziplinäres Trendgespräch im Rahmen der alljährlichen Veranstaltung „La soirée“. Durch den Abend führte ORF-Journalist Hanno Settele, auf die Gäste wartete eine Reihe von hochkarätigen Expertinnen. Mag. Sabine Radl, Geschäftsführerin von Sanofi Österreich, eröffnete die Soirée: „Die Farbe Grün steht für Hoffnung und ich hoffe, Sie werden von diesem Abend etwas mitnehmen.“

Mag. Hanni Rützler, Foodtrendforscherin und Ernährungswissenschaftlerin, hielt die Keynote, in der sich alles um die Zukunft von Ernährung drehte. „Essen geht uns allen unter die Haut, es ist ein emotionales und kulturelles Thema“, sagte Rützler und skizzierte vier Szenarien zur Ernährung der Zukunft. „Werden wir in Zukunft mehr Fleisch essen?“, fragte Rützler und äußerte ihre Bedenken. Der so genannte Peak Meat (Höhepunkt des Fleischkonsums, Anm. d. Red.) sei bereits erreicht worden. Das zweite Szenario ist die Reduktion des Fleischkonsums, was unmittelbar mit dem dritten Szenario, möglichen kulinarischen Alternativen zu Fleisch und Milch, zusammenhängt: Burger aus roten Rüben, Pflanzenjoghurt, Milchalternativen, diese Produkte gibt es bereits auf dem Markt. Das vierte Szenario ist laut Rützler die Frage: „Probieren wir etwas Neues?“ Seien es Insekten oder das aus Muskelzellen gezüchtete In-vitro-Fleisch – wir müssen uns fragen, welche Zukunft wir in Bezug auf die Ernährung fördern wollen, so Rützler. In diesem Zusammenhang sprach sie von einer steigenden Individualisierung von Geschmäckern: „Wir verlieren den Leitgeschmack, müssen uns auf die Vielfalt

einstellen und unsere geschmackliche Heimat suchen.“ Genauso wie es eine Individualisierung von Geschmäckern gibt, so öffnet sich jetzt der Weg zu einer Individualisierung der Ernährung. „Die bisherige Debatte über die gesunde Ernährung drehte sich vorwiegend ums Weglassen: weniger Kalorien, weniger Zucker, keine Zusatzstoffe, letztlich keine Allergene. Mit dieser Tradition fortzusetzen wird in Zukunft schwierig“, sagte Rützler und plädierte für mehr Bewusstsein in diesem Bereich: „Wir müssen lernen, bewusster und kritischer hinzuschmecken. Es braucht vielfältigere, gesündere und kulinarische Esslösungen – und nicht zuletzt auch einen Diskurs über Genuss.“

Besorgniserregende Daten

OA Dr. Gersina Rega-Kaun, Fachärztin für Innere Medizin, Diabetes und Endokrinologie im Wiener Wilhelminenspital, berichtete über alarmierende Adipositas- und Diabetesdaten in Österreich. Bei inzwischen mehr als 600.000 Diabetikern bestehe dringender Handlungsbedarf – nicht nur in der Verbesserung der Lebensqualität der Patienten, sondern auch in der Prävention. „Fast jeder zweite Österreicher ist übergewichtig oder adipös“, sagte Rega-Kaun und äußerte ihre Besorgnis über die Daten zu Adipositas bei Kindern, die von der Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) vorlie-

gen. „30 Prozent der achtjährigen Buben wurden dort als übergewichtig oder adipös eingestuft, bei gleichaltrigen Mädchen zeigten sich deutliche regionale Unterschiede: So sind ca. 29 Prozent im Osten und ca. 21 Prozent im Westen und Süden übergewichtig oder adipös“, so Rega-Kaun in ihrem Vortrag. Der nahezu zeitgleich publizierte Ernährungsbericht des BMGF zeige, dass auch die Situation bei Erwachsenen nicht besser sei: Rund zehn Prozent der erwachsenen österreichischen Bevölkerung

haben Diabetes, Tendenz steigend. Man befürchtet, dass 2030 mehr als 800.000 Personen hierzulande Diabetiker sein werden. Rega-Kaun ging auch auf die österreichweite Diabetes-Strategie ein. Deren Ziel sei es, Neuerkrankungen zu verhindern und die Lebensqualität von Diabetikern zu erhalten bzw. zu verbessern. „Wir sollten Wissen vermitteln, aber nicht belehren. Hierzu müssen wir alle Alters- und Bevölkerungsschichten aktiv miteinbeziehen“, sagte Rega-Kaun.

Zugänge müssen dabei niederschwellig, leistbar und für alle gleichberechtigt sein, so die Ärzte des Wilhelminenspitals.

Auf Prävention setzen

Die dritte Rednerin, Priv.-Doz. Mag. Dr. Karin Schindler, Ernährungswissenschaftlerin und Abteilungsleiterin im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, präsentierte die Zielsetzungen und Maßnahmen, die der Staat im Bereich der Prävention von und Bewusstseinsbildung für Adipositas und Diabetes sowie bei der Ernährungskompetenz setzt. „Wir erleben eine nahezu epidemische Ausbreitung von Übergewicht und Adi-

positas in Europa und in Österreich“, führte Schindler eingangs aus. „Unsere Vision ist es, den Anstieg der NCD-Prävalenz aufzuhalten, ernährungsassoziierte Gesundheitsprobleme zu senken und damit die Kosten für das Gesundheitssystem zu reduzieren.“ Dafür müsse es einen Paradigmenwechsel geben, denn „das gesunde Ernährungsverhalten muss leistungsfähig, verfügbar und ansprechend für alle Menschen sein“, so Schindler.

Besonderes Augenmerk legte Schindler auf die Vorreiterrolle, die Österreich im Zuge der EU-Ratspräsidentschaft 2018 zukommen wird. Klares Ziel sei es, den Weg für eine Orientierung weg vom Silo-Denken hin zur Kreation von Co-Benefits zu bereiten, geprägt vom Leitgedanken, wie sämtliche Akteure entlang der Lebensmittelliste davon einen positiven Nutzen generieren können: „Dazu braucht es gute Rahmenbedingungen und ein Bekenntnis der einzelnen Lebensmittelsektoren zu einer interdisziplinären Zusammenarbeit und gleichzeitig zur Bereitschaft, im eigenen Wirkungsbereich etwas verändern zu wollen. Dieses Commitment zu erreichen, ist unser erklärtes Ziel“, so Schindler.

In der anschließenden Diskussion wurden unterschiedliche Aspekte aus den drei anregenden Vorträgen intensiv erörtert. „Die Intensität der Diskussion hat gezeigt, wie präsent die Themen Ernährung und Gesundheit, aber auch die damit im Zusammenhang stehenden Erkrankungen wie Diabetes und Adipositas in den Köpfen der Menschen sind. Umso mehr braucht es weitere gezielte Informationen und Maßnahmen im Sinne der Aufklärung und Prävention, um die immer stärkere Verbreitung dieser Erkrankungen nachhaltig einzudämmen“, zog Mag. Sabine Radl, Geschäftsführerin von Sanofi Österreich Bilanz über die diesjährige „La soirée verte“.

La soirée
SANOFI

SAUT-SA-17110700



Durch die Fusion der beiden Pharmadienleister IMS Health und Quintiles zu IQVIA hat sich der Branchenführer im Bereich der informations- und technologiegestützten Dienstleistung in der Gesundheitsbranche manifestiert. Durch die Kooperation mit dem Beratungsunternehmen PERI Consulting kann umfassendes Know-how des österreichischen Gesundheitswesens garantiert werden. Insbesondere in der heiklen Phase einer Produkteinführung („Market Access“) wird das gesamte Spektrum am Markt abgedeckt: von der Datenerhebung, der Umsetzung von Studien und Analysen, der Einbindung relevanter Stakeholder, der Vorbereitung strategischer Entscheidungen bis hin zur Sicherung der Erstattung und der endgültigen Markteinführung eines Produkts.

Von Mag. Nina Bennett, MA

Plattformen

IQVIA und PERI Consulting

Zwei starke Partner für die Gesundheitswirtschaft

zur Produkteinführung in Österreich

Das Leistungsportfolio von IQVIA umfasst die analytische Expertise von der Marktforschung und der Strategieentwicklung für den österreichischen Pharmamarkt über die Therapieoptimierung in Zusammenarbeit mit Kostenträgern, Real-World-Evidence (Planung und Durchführung von NIS und Phase-4-Studien), Bereitstellung eines Leihaußendienstes und regulatorische Anforderungen bis zur Produkt- und Unternehmensperformance.

IQVIA – als Global Player am Pharmamarkt

Ziel des fusionierten Unternehmens ist es, den gesamten Produktlebenszyklus abzudecken. „Das heißt Forschung und Entwicklung, Markteinführung bis hin zum Patientennutzen“, so Dr. Martin Spatz, der kürzlich zum Geschäftsführer von IQVIA Österreich bestellt wurde. Der erfahrene Pharmaexperte, der zuletzt als Managing Director der Deutschlandtochter des österreichischen Ge-

nerika-Unternehmens G. L. Pharma GmbH tätig war, ist sich sicher, dass diese Fusion Spitzentechnologie und Analyse mit fundierten wissenschaftlichen Kompetenzen vereint, die auf globaler Ebene angeboten werden. „Wir planen ebenso, unsere Kompetenzen am wachsenden Biopharma-Segment, vor allem mit Fokus auf Biotech-Start-ups, auszubauen und Services zur Unterstützung ergebnisorientierter und evidenzbasierter Medizin anzubieten“, so Dr. Spatz, der sich durch sein

umfassendes Verständnis des gesamten österreichischen Gesundheitswesens auszeichnet und sich nun für eine Kooperation mit PERI Consulting entschieden hat, die das Unternehmen strategisch noch weiter nach vorne bringen soll.

PERI Consulting für ein besseres Gesundheitssystem

PERI Consulting ist ein Beratungsunternehmen im Gesundheitswesen mit dem

Mag. Hanns Kratzer, Geschäftsführer PERI Consulting

Die Kooperation der beiden Unternehmen, IQVIA und PERI Group, ist eine strategische Partnerschaft, die sich hundertprozentig an die Anforderungen der Gesundheitswirtschaft richtet. Nachdem die zwei Spitzenreiter nun zusammenarbeiten, bin ich davon überzeugt, dass wir unseren Kunden zu noch mehr Erfolg verhelfen werden. PERI Consulting ist auf Erstattungsstrategien mit ihren medizinischen, rechtlichen und ökonomischen Aspekten spezialisiert, setzt Informationskampagnen um und identifiziert die für das jeweilige Produkt relevanten Stakeholder und Key-Opinion-Leader. PERI Consulting hat in den letzten Jahren eine Vielzahl von Erstattungsanträgen in Österreich strategisch begleitet: vom Projektmanagement und der Entwicklung individueller Ziele über die strukturierte Kommunikation mit Stakeholdern über die Einreichung bis hin zur endgültigen Erstattungsentscheidung.

Ziel, die Kommunikation zwischen Entscheidungsträgern, Meinungsmachern und Bewusstseinsbildnern zu optimieren. „Zu diesem Zweck pflegen wir einen vertrauensbasierten Kontakt zu Stakeholdern des österreichischen Gesundheitssystems, Entscheidungsträgern in Medizin, Behörden und Industrie. Dazu gehört auch die Analyse von Marktentwicklungen in allen relevanten Healthcare-Segmenten“, erläutert Mag. Hanns Kratzer, Geschäftsführer von PERI Consulting. Das Unternehmen möchte jedenfalls dazu beitragen, das Gesundheitswesen effektiver und innovativer zu gestalten und an den Bedürfnissen der Patienten auszurichten.

Strategische Partnerschaft: IQVIA und PERI Consulting

Das Unternehmen IQVIA verfügt nicht nur über eine neue Geschäftsführung, sondern wird sich durch die Kooperation mit einem zweiten starken Unternehmen, PERI Consulting, noch stärker als zuvor am österreichischen Markt positionieren können.

Denn gemeinsam verfügen diese beiden Player über eine umfassende Palette an Lösungen im Gesundheitsbereich in den Schwerpunkten Information, Technologie und Market Access. Jeder, der demnach in Österreich ein Medikament oder eine Dienstleistung auf den Gesundheitsmarkt bringen möchte, ist gut beraten, unsere Expertise in Anspruch zu nehmen. Denn wir haben nicht nur ein langjähriges, umfassendes Know-how über die Gesundheitsbranche, sondern sind in der Lage, dieses Wissen durch Erhebungen, Studien und Analysen zu stützen und in der Produkteinführung mitzuwirken. Dabei spielen natürlich auch immer die richtigen Zugänge zu dafür relevanten Entscheidungsträgern eine wesentliche Rolle. Und über all diese Kompetenzen verfügen wir gemeinsam“, so Mag. Hanns Kratzer über die Chancen und Möglichkeiten dieser erfolgversprechenden Kooperation.

IMS Health & Quintiles are now
IQVIA

Mag. Dr. Martin Spatz, Geschäftsführer IQVIA

Ziel der Quintiles IMS ist es, in erster Linie den Zugang für Patienten zu innovativen Arzneimitteln zu beschleunigen. IQVIA greift dabei auf die weltweit größte Informationsquelle im Gesundheitsbereich, moderne Analytik, führende Technologien und umfassende Branchenkenntnisse hinsichtlich Krankheiten, Länderspezifika und wissenschaftlicher Methoden zurück. Ziel ist es, schnellere klinische Entwicklungen, innovative Ansätze zur Generierung von Real-World-Evidence, Technologien zur Verbesserung der Patientenversorgung und Strategien für erfolgreiches unternehmerisches Handeln zu erzielen. Diese Zielsetzung kann durch eine Steigerung der Produktivität aus den in Arzneimittelentwicklung investierten Mitteln verwirklicht werden. Für uns ist es von besonderer Bedeutung, die Wirksamkeit und den Wert von Medikamenten in der Bevölkerung aufzuzeigen und dafür Awareness zu schaffen, die bis heute noch nicht ausreichend in die Köpfe der Menschen gelangt ist. Wir bieten eines der weltweit umfangreichsten Portfolios an Gesundheitsinformationen, Kompetenzen in den Bereichen tiefentherapeutische, domänbezogene, regulatorische und kommerzielle Analysen sowie technologische Anwendungen.

2. Dialogforum Wund?Gesund!

Optimierungspotenziale der Wundversorgung in Wien



Am Abend des 6. Dezember kamen zahlreiche Diskutanten auf Einladung der Initiative Wund?Gesund! zusammen. Die Plattform organisierte bereits zum zweiten Mal ein Dialogforum, in dem sich die Gäste über den Ist-Zustand und die Möglichkeiten von Innovation in der österreichischen Wundmedizin und -versorgung austauschen konnten. Die hochkarätige Impulsgeberin des Abends war Mag. Ingrid Reischl, Obfrau der Wiener Gebietskrankenkasse und Vorsitzende der Trägerkonferenz des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger. Sie lieferte mit ihrem Vortrag zum Thema „Leistungs-harmonisierung – gemeinsam zum Ziel!“ die Grundlage für eine angeregte Diskussion.

Von Mag. Marlies Martha, MA

Plattformen

v.l.: Mag. Philipp Lindinger (Initiative Wund?Gesund!), Mag. Ingrid Reischl (WGKK), Mag. Martina Laschet (Initiative Wund?Gesund!), Dr. Birgit Kraft (WGKK)

Zu Beginn ihres Impulsvortrages gab die Obfrau der Wiener Gebietskrankenkasse und Vorsitzende der Trägerkonferenz des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger einen Überblick über die aktuelle Wundversorgung in Wien. Eine der größten Herausforderungen stelle dabei der Mangel an direkter Datenerfassung wegen eines fehlenden Diagnosecodes für die „chronische Wunde“ dar. Man könne daher die Anzahl der Betroffenen aufgrund der Anzahl der Verbandstoffverordnungen nur schätzen. In Wien sind vermutlich 18.000 bis 36.000 Personen von chronischen Wunden betroffen, Tendenz steigend. Die volkswirtschaftlichen Kosten liegen zwischen einem und 5,5 Prozent der Gesundheitsausgaben. Zudem sei die Behandlung chronischer Wunden zeit- und personalintensiv, erfordere spezielle Expertise und Koordination zwischen den Behandelern. Gerade in diesem Bereich gebe es Verbesserungsbedarf in Wien, vor allem in der Zusammenarbeit zwischen dem stationären Bereich bzw. der Spitalsambulanz und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den (mobilen) Pflegediensten.

Die Wundversorgung sei ihr ein großes Anliegen, strich Mag. Reischl hervor. Sie stellte daher in weiterer Folge ihre Pläne zur Optimierung vor: „Mit einem neuen Verbandstoffkatalog haben wir bereits einen ersten wichtigen Schritt in die richtige Richtung getan. Da der alte Katalog unübersichtlich war, haben wir eine Reduk-

tion der Wundprodukte vorgenommen, gleichzeitig aber darauf geachtet, moderne, hochwertige Materialien für eine State-of-the-Art-Behandlung aufzunehmen. Als zusätzliches Service inkludiert der neue Katalog Informationen für die Anwenderinnen und Anwender. In einem zweiten Schritt ist die Etablierung eines Wundzentrums in der Projektregion Wien Nord-Ost geplant. Dieses Kompetenzzentrum soll dem Aufbau eines multidisziplinären Versorgungsnetzwerks dienen und darüber hinaus einheitliche Dokumentationsstandards und die Nutzung neuer Technologien bieten.“

Im Anschluss stand Frau Mag. Reischl den Anwesenden noch für Fragen zum Thema zur Verfügung. Die Initiative Wund?Gesund! begrüßt den offenen, konstruktiven Austausch mit Obfrau Reischl. „Unser Ziel ist es, einen Beitrag zur Verbesserung der Wundmedizin und -versorgung in Österreich zu leisten, um gemeinsam mit unseren Kooperationspartnern eine optimale Versorgung für Patienten mit chronischen Wunden zu etablieren. Das Dialogforum Wund?Gesund! bietet eine Plattform für den Austausch und trägt zur Förderung von Synergien, Kooperationen und Konsensfindung bei“, so die Sprecher der Initiative, Mag. Martina Laschet und Mag. Philipp Lindinger. Die Initiative Wund?Gesund! sieht jedoch weiteren Handlungsbedarf, um die zugrunde liegenden Herausforderungen in der Wundversorgung nachhaltig zu lösen. Besonders wichtig wären hier die Einbindung von Experten aus dem Krankenhausbereich, um eine nahtlose

Überleitung in den ambulanten Bereich gewährleisten zu können, sowie Ausbildungsmaßnahmen für niedergelassene Ärzte, die zu einer Erhöhung der Qualität der Wundmedizin beitragen sollen. Die Initiative Wund?Gesund! ist der Überzeugung, dass eine State-of-the-Art-Wundbehandlung alleine durch eine mehr oder weniger eingeschränkte Produktauswahl nicht garantiert werden kann.

Wundtag

Am 15. September 2017 wurde zum zweiten Mal von der Austrian Wound Association und der Initiative Wund?Gesund! der österreichweite Wundtag veranstaltet, um auf die Notwendigkeit einer qualitativ hochwertigen Wundversorgung aufmerksam zu machen. Mehr als 30 Institutionen und Experten nahmen am Aktionstag teil. In ganz Österreich fanden zahlreiche Aktionen statt, um Patienten mit chronischen Wunden eine Stimme zu geben und so für mehr Transparenz in der Wundbehandlung zu sorgen. Im nächsten Jahr feiert der Wundtag bereits sein dreijähriges Jubiläum und wird am 21. September 2018 stattfinden. Mehr Informationen finden Sie unter www.wund-gesund.at und www.wundtag.at.

Über die Initiative Wund?Gesund!

Die Initiative Wund?Gesund! ist ein Zusammenschluss aus Unternehmen und Kooperationspartnern aus dem Gesundheitswesen. Elf Unternehmen sind Mitglieder der Initiative, weitere 22 Institutionen sind Kooperationspartner. Durch effiziente und innovative Wundmedizin kann der Genesungsprozess beschleunigt, das Patienten-

wohl gesteigert und können (Folge-)Kosten reduziert werden. Die Initiative Wund?Gesund! will daher verstärkt über Chancen und Möglichkeiten einer modernen Wundversorgung aufklären und mehr Transparenz im Bereich Verbandstoffe für die optimale Patientenversorgung erreichen.

Über die Sprecherin des zweiten Dialogforums Wund?Gesund!

Ingrid Reischl wurde 1958 in Wien geboren und begann ihre Berufslaufbahn 1977 als Erzieherin. Nach einem Studium der Politikwissenschaften (Hauptfach), Publizistik, Geschichte und Pädagogik an der Universität Wien begann sie 1990 bei der Gewerkschaft der Privatangestellten (GPA) zu arbeiten, wo sie als Geschäftsbereichsleiterin des Grundlagenbereichs tätig ist. Zudem war sie für die Geschäftsfelder Public Relations, Backoffice/Support sowie Internationales verantwortlich. In den Jahren 1998 und 2008/2009 absolvierte sie Managementausbildungen an der Linzer Managementakademie und an der Betriebswirtschafts-Akademie.

Reischl vertritt seit 1993 die Arbeitnehmerseite in verschiedensten Gremien österreichischer Sozialversicherungen. Im September 2009 wurde sie in Nachfolge von Franz Bittner Obfrau der Wiener Gebietskrankenkasse und im Folgemonat Vorsitzende der Trägerkonferenz im Hauptverband der Sozialversicherungsträger. Im Dezember 2012 wurde sie in diesem Amt bestätigt.

INITIATIVE
WUND?GESUND!

Das 90. Gesundheitspolitische Forum Ende Oktober stand ganz im Zeichen der Schmerzbehandlung. Unter dem Motto „Der Schmerz mit dem Schmerz“ diskutierten Franz Bittner von der Patientenombudsstelle der Ärztekammer für Wien, Ursula Frohner vom Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband und Dr. Wolfgang Jaksch von der Österreichischen Schmerzgesellschaft. Die Diskussion führte HR Prof. Dr. Robert Fischer.

Von Dr. Nedad Memić

Plattformen

Schmerz braucht mehr Betreuung

Dr. Wolfgang Jaksch, Oberarzt an der Abteilung für Anästhesie, Intensiv- und Schmerzmedizin im Wilhelminenspital und Past-Präsident der Österreichischen Schmerzgesellschaft, präsentierte am Anfang der Diskussion eine österreichweite Patientenbefragung zur postoperativen Schmerzsituation und zum perioperativen Schmerzmanagement, in der 1.610 Patienten befragt wurden. „Unsere Ergebnisse zeigen, dass Frauen am ersten postoperativen Tag signifikant stärkere Schmerzen haben: Rund 40 Prozent der Frauen und 30 Prozent der Männer weisen zu starke Schmerzen auf. Eine optimale Versorgungsstruktur kann dabei zu einer Schmerzlinderung beitragen“, kommentierte Jaksch einige Ergebnisse der Befragung. „66,6 Prozent der befragten Patienten waren mit der postoperativen Schmerztherapie zufrieden“, so Jaksch, der gleichzeitig feststellte, dass es für jeden fünften operierten Patienten keinen Schmerzdienst gab, sogar jeder zweite Patient wurde nicht über die Folgen unbehandelter Schmerzen aufgeklärt. „Eine

gute postoperative Schmerztherapie ist ein Qualitätsmerkmal für eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Anästhesie, Chirurgie und Pflege“, stellte Jaksch fest.

Rund 380.000 Personen in Österreich sind laut Jaksch schwer schmerzkrank, dabei gebe es in Österreich nur eine einzige medizinische Einrichtung mit einer multimodalen Schmerztherapie. Aus diesem Grund müsse man im Gesundheitssystem neue Strukturen schaffen: etwa durch Schmerzzentren im Krankenhaus, aber auch Einrichtungen im niedergelassenen Bereich für den Großteil der Patienten. „Es geht schließlich um eine qualitativ hochwertige Versorgung, damit nicht mit obskuren Methoden den Schmerzpatienten das Geld aus der Tasche gezogen wird“, warnte unterdessen Jaksch.

„In Österreich finden jährlich rund 1,2 Millionen Operationen statt, darüber hinaus gilt es, Menschen, die an chronischen Schmerzen leiden, eine wirksame Schmerztherapie angeeignet zu lassen“, erklärte Ursula

Frohner, Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV). Im Durchschnitt verbringe das Pflegepersonal 2,5 Stunden, abhängig vom jeweiligen Pflegebedarf, mit direkter Pflegeintervention. „Im Bereich Schmerzmanagement müssen Abläufe und Zuständigkeiten im therapeutischen Team klar definiert sein. Darüber hinaus ist eine wichtige Voraussetzung für gezielte Schmerzbehandlung die entsprechende Ausbildung: Hier müssen die Kompetenzen der beteiligten Gesundheitsberufe gebündelt werden“, sagte Frohner und betonte die Wichtigkeit der Schmerzbehandlung im extramuralen Bereich: „Hier müssen die Patienten gut begleitet werden, außerdem sollte man Angehörige in das Schmerzmanagement einbinden“, so Frohner. Das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal könnte auch in diesem Bereich, flankierend zur Medizin, vermehrt Aufgaben übernehmen. „Worauf unsere Kolleginnen und Kollegen hier warten, sind klare Tarifstrukturen für den niedergelassenen Bereich, wie es sie in anderen europäischen Ländern bereits gibt“, führte Frohner weiter aus.

Aus der Sicht des Patientenombudsmanns der Ärztekammer für Wien, Franz Bittner, müsste man die Infrastruktur im Bereich chronische Schmerzversorgung forcieren: „Die Öffnungszeiten unserer Schmerzzambulanzen werden reduziert, außerdem gibt es im extramuralen Bereich relativ wenige Ärzte, die sich mit chronischen Schmerzen befassen. In vielen Ordinationen werden keine neuen Schmerzpatienten aufgenommen, dazu sind die Tarife für die Schmerzversorgung niedrig“, stellte Bittner fest. „In Österreich leidet jeder fünfte Patient an chronischen Schmerzen. 45 Prozent der Patienten konsultieren zwei bis drei Ärzte. Ein Großteil der chronischen Schmerzpatienten ist arbeitslos, oft scheitern sie am System“, so der Patientenombudsmann.

„Wir müssen den chronischen Schmerzpatienten vermitteln, dass wir sie nicht schmerzfrei machen können. Wir müssen aber eine Schmerzlinderung und eine zufriedenstellende Lebensqualität bei den Patienten erreichen“, summierte Dr. Wolfgang Jaksch die Aufgaben eines modernen Schmerzmanagements.

Grünenthal

etablierter Schmerzspezialist mit großen Plänen

Grünenthal ist ein international tätiges forschendes Pharmaunternehmen in Familienbesitz und seit vielen Jahren Innovationsführer auf dem Gebiet der Schmerztherapie. „Grünenthal gilt in Österreich als verlässlicher und solider Partner in der Schmerztherapie. Bis vor kurzem lag unser Fokus im Bereich chronischer Schmerz. Seit 2017 sind wir zusätzlich auch in der Behandlung von postoperativen Akutschmerzen in den Kliniken tätig“, informiert Marketingleiter Alfred Caspar-Stadlbauer. „Mit unserem neuen Sufentanil-Sublingual-System konnten wir ein hochwirksames Opioid mit einem innovativen Medizinprodukt vereinen und damit das erste sublinguale System für die Behandlung postoperativer Schmerzen auf den Markt bringen, das von den Patienten selbst gesteuert werden kann.“ Die Einbindung der

Patienten in die Therapieentscheidung ist ein wichtiges Kriterium für eine erfolgreiche Schmerztherapie. Mit der Entwicklung von neuen nicht invasiven PCA Systemen entspricht Grünenthal der wachsenden Bedeutung patientengesteuerter Schmerztherapien.¹

„Besonders in der Schmerztherapie ist es wichtig, den Patienten immer im Blickfeld zu haben. Grünenthal hat sich in den letzten Jahren zu einem sehr Patienten-zentrierten Pharmaunternehmen entwickelt“, so Caspar-Stadlbauer. „Mit zahlreichen Serviceangeboten und Initiativen wie etwa Societal Impact of Pain (SIP)² setzt sich das Unternehmen schon seit Jahren für eine Verbesserung der Schmerzversorgung ein.“

Grünenthal baut Klinikbereich weiter aus Das Know-how auf dem Gebiet der Schmerztherapie deckt inzwischen hochwertige und wirksame Produkte für fast alle Schmerzstärken und Schmerzmechanismen ab. Das Angebot in diesem Bereich soll dennoch laufend weiter ausgebaut werden. „Wir wollen künftig unsere Position als Schmerzspezialist noch stärken. Nach

der Übernahme eines zusätzlichen capsaicinhaltigen Schmerzplasters folgt im kommenden Jahr ein führendes Medikament zur Behandlung von Migräne. Unser derzeitiger Fokus liegt eindeutig im Klinikbereich, den wir zusätzlich mit der Aufnahme von zwei Arzneimitteln für die Intensivmedizin erweitert haben. Also werden wir auch im Bereich der Intensivmedizin neue Akzente setzen“, so Robert Palmethofer, Head of Sales bei Grünenthal Österreich. „Unser Herz schlägt für die Schmerztherapie, da wir ja das Unternehmen mit der breitesten Produktpalette und der größten Kompetenz in diesem Sektor sind – und das macht uns stark und stolz.“



v.l.: Alfred Caspar-Stadlbauer, Head of Marketing, und Robert Palmethofer, Head of Sales (Grünenthal GmbH)

¹ Jaksch, Österreichweite Patientenbefragung zur postoperativen Schmerzsituation und zum perioperativen Schmerzmanagement. Ein Qualitätssicherungsprojekt (2017) / Likar et al., Interdisziplinäres Positionspapier der ÖSG „Perioperatives Schmerzmanagement“. Der Schmerz 2017
² <https://www.sip-platform.eu>



Plattformen

OUT OF THE BOX TEIL 2

Wissenschaft trifft Ambivalenz Inspiration zum Querdenken

Im Dezember 2016 startete Dr. Elham Pedram, MBA, Associate Director bei Gilead, eine Veranstaltung, die zum Vor- und Nachdenken anregen sollte – mit Erfolg! Was damals unter dem Titel „Wissenschaft trifft Resilienz“ begann, wurde letzten Dezember fortgesetzt und um die Ambivalenz ergänzt.

Von Dr. Nedad Memić

v.l.: Norbert Bischofberger, Peter Fickert, Christine Bauer-Jelinek, Christian Ankowitzsch, Elham Pedram, Andreas Salcher, Clemens Schödl

Welchen Stellenwert hat Ambivalenz im Leben der Menschen und wie kann man diese Überlegungen auf die Wissenschaft ummünzen? Was im Dez. 2016 als eine gelungene Informationsveranstaltung begann, darf nach der zweiten Runde „OUT OF THE BOX“ gerne bereits jetzt als erfolgreiche Eventreihe bezeichnet werden. Auch letztes Jahr lud Dr. Pedram Meinungsmacher, Stakeholder und Interessierte ein, die Wissenschaft aus anderen Blickwinkeln zu betrachten und eben „quer“ zu denken. Die bis auf den letzten Platz gefüllte Sky Stage des Tech Gate Vienna wurde so zu einem „Science-Thinktank“, der sich nicht nur auf belegbare Fakten versteift, sondern gerade in der Vorweihnachtszeit die Gedanken etwas weiter – über den Tellerrand der Wissenschaft hinaus und wieder zurück – schweifen ließ. Das prominent besetzte Podium, bestehend aus internationalen Akteuren und Experten der Branche, wurde in letzten Dezember sogar erweitert, damit die Abdeckung einer großen Themenvielfalt garantiert werden konnte. Neben neun renommierten Speakern war auch Dr. Norbert Bischofberger, Executive Vice President für Forschung und Entwicklung und Chief Scientific Officer bei Gilead, Vortragender der Veranstaltung und reiste extra für den Abend aus Kalifornien an.

„Ambivalenz ist für mich ein Niemandsland zwischen ja und nein. Ist man für oder gegen die Todesstrafe? Befürwortet man die gleichgeschlechtliche Ehe oder nicht? Ist Edward Snowden ein Held oder ein Verräter? Die Antworten dieser Fragen sind alle schwer ambivalent. Trump ist für mich jedoch das Paradebeispiel für einen antiambi-

valenten Menschen. Für ihn gibt es scheinbar nur Schwarz oder Weiß, kein Grau. Denkt man als Außenstehender an die Arbeit eines Life-Science-Unternehmens, so ist die Meinung weit verbreitet, dass wenig Ambivalenz in der Branche herrscht. Das stimmt nicht. Wir finden uns oft in einer Daten-Sackgasse oder verlieren uns in Statistiken der Wissenschaft, wo eine starke Ambivalenz herrscht. Eine Therapie verspricht beispielsweise gute Heilungschancen, aber sie hat eine hohe Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen. Steht das dafür? Diese vermeintliche Zwickmühle ist jedoch nicht negativ, sondern in ihren Grundsätzen positiv. Sie treibt an und bringt neue Erkenntnisse. Ambivalenz steigert die Kreativität und sucht nach neuen Lösungen. Mein Lieblingszitat in diesem Zusammenhang stammt von Francis Scott Fitzgerald: ‚The test of a first-rate intelligence is the ability to hold two opposed ideas in mind at the same time and still retain the ability to function.‘ Wir sollten Ambivalenz trainieren und fördern“, so Bischofberger über den Ambivalenzgedanken in der Wissenschaft.

Nach der Vortragsreihe „Highlights aus der Gastroenterologie und Hepatologie“ fanden die Ambivalenzgespräche, moderiert von Dr. Andreas Salcher, statt. Die Besucher folgten den Keynotes der Speaker gespannt, welche den Bogen der Ambivalenz von zwischenmenschlichen Beziehungen über das Ausüben von Macht am Arbeitsplatz bis hin zum Ambivalenzbegriff in der Pharmazie und der ärztlichen Ethik spannten. Nach den Vorträgen diskutierten die zahlreichen Gäste noch angeregt mit den Experten über Ambivalenz in der Wissenschaft und im privaten Lebensbereich.

Veranstalterin Dr. Elham Pedram über die zweite Episode der „Out of the Box“-Reihe: „Wir alle müssen uns fast täglich zwischen einzelnen Optionen entscheiden, um handlungsfähig bleiben zu können. Vielleicht sollten wir uns ‚homo sapiens et ambivalens‘, ‚der wissende und widersprüchliche Mensch‘, nennen. Ambivalenz ist für mich persönlich etwas Positives, denn die Fähigkeit, gegensätzliche Emotionen als etwas Normales und Selbstverständliches anzunehmen, hält uns gesund. In anderen Worten ausgedrückt: Das Leben ist gelebte Ambivalenz. Für mich heißt Ambivalenz daher nicht Schwarz oder Weiß, nicht Liebe oder Hass, sondern die unendlich vielen Möglichkeiten und Schattierungen dazwischen. Es freut mich sehr, dass wir es geschafft haben,

den Begriff mithilfe von so vielen faszinierenden Experten an einem Abend aus völlig verschiedenen Blickwinkeln zu beleuchten. Nach dem tollen Start von ‚Out of the Box‘ im Jahr 2016 ist uns mit dem zweiten Teil eine würdige Folgeveranstaltung gelungen. Ich freue mich schon sehr, wenn wir auch heuer diese Veranstaltung durchführen können.



v.l.: Clemens Schödl, Markus Peck, Norbert Bischofberger, Peter Ferenc, Heinz Zoller, Elham Pedram, Ludwig Kramer, Christian Datz

Erste Reha NEXT-Enquete Ausblick auf die Rehabilitation der Zukunft

Mitte November organisierte das BBRZ eine hochkarätig besetzte Enquete zu den Fragen der psychischen Rehabilitation: Mehr als 300 Gäste folgten der Einladung zum ganztägigen Kongress im Tech Gate Vienna. Im Mittelpunkt der Enquete standen Veränderungen in der Arbeitswelt und deren Auswirkungen auf das Rehabilitationsangebot in Österreich.
Von Dr. Nedad Memić

„Panta rhei“ – alles fließt, alles verändert sich, sagten die alten Griechen. Im Zeichen der Veränderung steht auch unsere Arbeits- und Berufswelt. Die Angebote der beruflichen Rehabilitation zukunftsfit zu gestalten ist die Aufgabe, die sich das BBRZ (Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum) für die nächste Zeit gegeben hat. Aus diesem Grund wurde 2016 das ambitionierte Projekt Reha NEXT ins Leben gerufen. Getreu diesem Motto wurde die 1. Reha NEXT-Enquete am 17. November im Tech Gate Vienna organisiert. Mehr als 300 Gäste aus unterschiedlichen Branchen nahmen am ganztägigen Kongress teil.

Arbeits- und Sozialrecht vor völlig neuen Herausforderungen: das Selbstunternehmertum, die Digitalisierung, eine permanente Kundenorientierung“, so Polzer. Klaren Handlungsbedarf sieht er auch bei der Gestaltung des aktuellen Rehabilitationsangebots: „Die Zahlen sagen uns, dass die Anforderungen, die an die Rehabilitation gestellt werden, nur unzulänglich erfüllt werden können. Das derzeitige System des Berufsschutzes funktioniert auch nicht mehr wie ursprünglich geplant, denn es schließt einen großen Personenkreis von der Rehabilitation aus und ist aus unserer Sicht völlig neu zu denken.“

tion; zweitens: Die berufliche Rehabilitation sollte man nicht erst dann ansetzen, wenn die Menschen aus dem Berufsprozess ausscheiden, sondern deutlich früher; drittens: Die derzeitige Rehabilitation ist stark defizitorientiert, wir müssen sie aber ressourcenorientiert gestalten. Es geht also darum, die Reha noch stärker zu individualisieren; viertens: Die berufliche Rehabilitation war bisher stark an der beruflichen Qualifizierung orientiert: Es wird zukünftig verstärkt darum gehen, Fragestellungen wie Selbst- oder Sozialkompetenz zu vermitteln; fünftens: Man wird noch mehr Kontakt mit Betrieben suchen müssen und Konzepte zur Begleitung der Rehabili-

„Es geht darum, gemeinsame Visionen zu erarbeiten, wie sich die Arbeitswelt entwickeln wird und welche Konsequenzen das für die Rehabilitation hat“, nannte Dr. Manfred Polzer, Sprecher der BBRZ Gruppe und Geschäftsführer des BBRZ Med und BBRZ Reha, in seiner Eröffnungsrede die Hauptanliegen des Projekts Reha NEXT. „Die Rehabilitation beinhaltet immer das Phänomen des selbstbestimmten Lebens: Überlebensfähig in dieser Gesellschaft zu sein heißt auch, einen Arbeitsplatz zu haben – daher ist es wichtig, neben der medizinischen auch über die berufliche Reha zu sprechen“, sagte Polzer. In seinem Vortrag ging er auch auf die wichtigsten Herausforderungen der beruflichen Rehabilitation der Zukunft ein: „Neue Entwicklungen in der Arbeitswelt stellen das

Für das BBRZ stelle sich die Frage, was man in den nächsten zehn bis zwanzig Jahren tun muss, um die Menschen in den Berufsprozess erfolgreich zurückzuführen, beschrieb Polzer die Beweggründe für den Launch des Reha NEXT-Projektes. Wichtige erste Schritte wurden schon gesetzt: „Wir haben ein Grünbuch vorbereitet, in dem wir den derzeitigen Zustand analysiert haben. Diese Analyse hat uns als Basis gedient, um mit unseren Systempartnern Zukunftswerkshops zu gestalten.“ Polzer präsentierte auch die fünf wichtigsten Denksätze, die aus den 2016 und 2017 österreichweit veranstalteten Zukunftswerkshops mit den Systempartnern des BBRZ hervorgingen: „Erstens: Die Rehabilitation ist stets ganzheitlich zu betrachten. Es geht immer sowohl um die medizinische als auch die psychosoziale und berufliche Rehabilita-

tanden gemeinsam mit ihnen entwickeln“, so Dr. Manfred Polzer.

Arbeitswelt im Umbruch

Mag. Roman Pöschl, Geschäftsführer des BBRZ Med und BBRZ Reha, konzentrierte sich in seinem Vortrag auf einige wichtige Aspekte der psychiatrischen Rehabilitation: „Es gibt keinen Beleg für eine ‚Epidemie‘ psychischer Erkrankungen“, war Pöschl kategorisch und belegte es mit einigen konkreten Zahlen: „Die Selbstmordraten sinken. Aber es gibt eine Gruppe von acht bis zehn Prozent der Beschäftigten, die an der Verdichtung der Arbeitsprozesse, permanenter Verfügbarkeit, allgemeiner Beschleunigung, Kontrollverlust und anderen Faktoren leiden.“ Veränderungen in der beruflichen Qualifikation

psychische Probleme auf. In 95 Prozent der Fälle glauben Personalverantwortliche am Ende nur noch mit Kündigung reagieren zu können“, sagte Pöschl.

Psychische Krankheiten stellen auch den Gesetzgeber in Österreich vor wichtige Herausforderungen: „Wenn man sich das ASVG ansieht, ist es vor allem auf die klassische Berufserwerbstätigkeit und auf die physische Leistungsfähigkeit ausgerichtet. Wenn jemand in seiner körperlichen Leistungsfähigkeit chronisch eingeschränkt ist, schult man in der Rehabilitation um. Bei psychischen Erkrankungen ist das wesentlich komplizierter, weil das ganze Selbst erschöpft oder krank ist. Hier geht es nicht nur darum, etwas dazulernen. Man muss sich buchstäblich in seiner Persönlichkeit entwickeln,

Roland Sauer
BMASK

„Für die Integration in den Arbeitsmarkt ist die Verschiebung der Qualifikationen eine große Frage: Es ist hier wichtig, an Ressourcen und Fähigkeiten der Betroffenen anzuknüpfen. Im Bereich Berufsschutz geht es dabei nicht nur um die Frage des Einkommens, sondern auch um die Frage des Weiterarbeitens. Wir müssen auch an die Überwindung der Systemgrenzen denken: Wir haben hier etliche Player, die jeder für sich sehr gut funktionieren. Sie zusammenzubringen ist immer eine große Herausforderung.“

Gernot
Reintbaler
ÖZIV

„Die Reha der Zukunft muss den gesamten Menschen und sein Lebensumfeld betreffen. Gleichzeitig benötigen wir eine individuelle Begleitung der Betroffenen über längere Prozesse.“

Anton Kern
AMS Tirol

„Die medizinische und berufliche Reha werden in Zukunft enger miteinander verknüpft sein. Es ist daher sehr wichtig, früh anzusetzen und Menschen zu erreichen, solange ihre Heilungschancen besser sind.“

Alexandra
Buzzi

pro mente Steiermark

„Das Hauptaugenmerk eines zukünftigen Reha-Konzepts muss sich an Potenziale und Ressourcen der Menschen und nicht an ihre Defizite richten.“

Christoph
Jungwirth
bfi OÖ

„Die berufliche Reha hat sich bisher auf die Qualifizierung spezialisiert. In Zukunft wird der Faktor der Personenstärkung und -ermächtigung eine immer wichtigere Rolle spielen.“

Franz Kühmayer
Zukunftsinstitut Österreich

Kurt Aust
PVA

Petra Draxl
AMS Wien

Christoph Klein
AK Wien

Roman Pöschl
BBRZ

Karin Brem-Ginstenstorfer
Moderatorin

Herbert Pichler
Österreichischer
Behindertenrat



Sonja Brandstetter

BBRZ

„Aufgrund gewandelter beruflicher Anforderungen ist es gerade für psychisch erkrankte Menschen wichtig, neue Wege zu schaffen, rehabilitative Angebote früher in Anspruch nehmen zu können, um ihren Platz in der Arbeitswelt mitsamt der sozialen Netzwerke nach Möglichkeit zu erhalten, sie jedenfalls in ihren Persönlichkeiten zu stärken und auf Veränderungen berufsbezogener vorzubereiten. Arbeit und soziale Ressourcen sind wesentlich, um Gesundheit zu erhalten.“

Gertrude Hausegger

prospect Unternehmensberatung

„Die Reha der Zukunft bedeutet Flexibilität. Wir müssen gut auf die Bedürfnisse der Menschen eingehen und auch die neuen Möglichkeiten, die sich durch die Digitalisierung ergeben, intensiv für die Rehabilitation nutzen. Und der Erfolg wird letztlich davon abhängen, ob und in welcher Intensität es uns gelingt, Menschen zu ermutigen und so zu stärken, dass sie ihr Schicksal wieder selbst in die Hand nehmen (können).“



Sonja Trapichler

Institut zur beruflichen Integration

„Vieles wird auf den Einzelnen abgewälzt! An dieser Einzelperson wird gedreht und geschraubt. Wenn sie wieder ‚funktioniert‘, darf sie wieder in die Arbeitswelt. Soziale Verantwortung bedeutet allerdings, gleichzeitig einen wirtschaftlichen und politischen Rahmen für Arbeitsbedingungen zu schaffen.“



um den Anforderungen gewachsen zu sein“, sagte Pöschl und skizzierte den zukünftigen Weg der Reha-Maßnahmen: „In Zukunft wird man vermehrt von der Sekundärprävention zu Angeboten einer Frührehabilitation kommen müssen. Zu einem Zeitpunkt, zu dem der Betroffene die beginnenden Probleme bemerkt – auch ohne das dem Dienstgeber sagen zu müssen. So wird man sowohl in der psychischen Rehabilitation als auch in der beruflichen Rehabilitation die ambulanten Angebote ausbauen müssen. Dennoch sind stationäre Angebote weiterhin wichtig“, betonte Mag. Roman Pöschl.

Lebensperspektive berücksichtigen

Univ.-Prof. Dr. Michael Linden von der Charité – Universitätsmedizin Berlin widmete seinen Vortrag der Rehabilitation aus der so genannten Life-Span-Perspektive: „Die Akutmedizin ist primär auf Krankheitsepisoden ausgerichtet. Die Reha-Medizin hingegen ist die Medizin für chronisch Kranke. Das betrifft auch viele Personen mit psychischen Erkrankungen. Deren Behandlung muss den bisherigen wie zukünftigen Verlauf, d.h. die Krankheitsentwicklung über die Jahre bzw. eine Lebensspan-

nen-Perspektive, im Blick haben“, erklärte Linden. Er plädierte für die Schaffung von „Toleranzarbeitsplätzen“. „Psychische Störungen führen regelhaft zu vielfältigen Problemen in der Lebensführung wie beispielsweise auch zu Schwierigkeiten am Arbeitsplatz. Betroffene brauchen eigentlich Rücksicht und Unterstützung, werden aber vielfach als Erste entlassen. Es werden ‚Toleranzarbeitsplätze‘ gebraucht und die Firmen sollten sich darauf einstellen, dass vielleicht ein Viertel der Mitarbeiter nicht voll leistungsfähig ist. Bei größeren Konzernen gibt es bereits solche Ansätze“, so Linden.

„Individuen befinden sich im Sandwich zwischen Erwartungen der Gesellschaft und Erwartungen der Betriebe. Die Zahl der Fälle von psychischen Krankheiten hat aber nicht zugenommen, die Ärzte sind heutzutage jedoch mehr bereit, solche Diagnosen zu stellen“, so Wulf Rössler, emeritierter Professor für Psychiatrie von der Universität Zürich, der auf eine zunehmende Stigmatisierung von psychisch Kranken einging. „Die Zeiten, in denen Menschen mit psychischen Problemen separiert und in Sonderanstalten behandelt wurden, sind zwar noch nicht vorbei, aber die Rehabilitation muss bedeuten, dass Menschen mit psychischen Störungen Teil dieser Gesellschaft sind und eine Teilhabe daran wollen – es geht hier also um Inklusion“, war Rössler überzeugt.



Maria Egger

FAB

„Wesentlich ist die ganzheitliche Betrachtung der Lebenssituation der Betroffenen. Wir müssen einen systemischen Zugang zur Reha haben und alle Phasen im Leben der Rehabilitanden berücksichtigen.“

Stefan Mayer

Konsiliararzt, BBRZ

„Generell ist festzuhalten, dass sich die Arbeitswelt verändern wird, weg von der schweren körperlichen Arbeit, weg von einfachen monotonen Tätigkeiten, welche von Maschinen übernommen werden, hin zu Tätigkeiten, die ein gutes geistiges Leistungsvermögen voraussetzen.“



Harald Stelzer

WKO

„Die Fälle der psychischen Erkrankungen nehmen zu. Es ist daher wichtig, Wege aufzuzeigen, wie man diese Menschen besser in Beschäftigung halten bzw. ihnen helfen kann, dass sie am privaten und beruflichen Leben erfolgreich teilnehmen.“



Robert Bacher

Fonds Soziales Wien

„Personenzentrierte Kundenberatung, individualisierte Programme und Angebote, partizipative Maßnahmenplanung werden in der Behindertenarbeit gelebt und könnten somit auch gute Impulse für die Weiterentwicklung der Reha-Angebote liefern.“



Gernot Spreitzhofer

BBRZ

„Der psychische Aspekt wird in allen Berufen wichtiger werden. Die Menschen, die zu uns zur Rehabilitation kommen, müssen wir deshalb auch verstärkt auf zukünftige Herausforderungen psychischer Natur vorbereiten. Gleichzeitig wird es nötig sein, die Betroffenen trotz ihrer gesundheitlichen Einschränkungen auch auf Anforderungen des Berufsalltags vorzubereiten, die sie an ihre Leistungsgrenzen bringen, denn es wird nie einen idealen und völlig gesunden Arbeitsplatz geben.“



Reha in der Praxis

Prim. Priv.-Doz. Dr. Alexandra Schosser, PhD, ärztliche Leiterin des BBRZ Med in Wien, referierte über die Wirksamkeit von ambulanter psychiatrischer Rehabilitation. „Psychische Erkrankungen verschlechtern die Lebensqualität ähnlich stark wie schwere chronische körperliche Erkrankungen. Ein großer Teil unserer Rehabilitanden ist chronisch krank – 75 Prozent geben einen Krankenstand in den letzten sechs Monaten vor der Rehabilitation an – und sind aus diesem Grund bereits aus dem Berufsleben herausgefallen. Daher müssen wir die Betroffenen früher erreichen. Die Wirksamkeit unserer Maßnahmen ist dabei eindeutig belegt: 82 Prozent der Rehabilitanden profitieren davon“, so Schosser. Mag. Sigrid Röhrich vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz präsentierte das sekundärpräventive Informations-, Beratungs- und Unterstützungsprogramm der Bundesregierung „fit2work“, das 2013 österreichweit eingeführt wurde. „Das fit2work-Programm rechnet sich langfristig. Die Evaluierung zeigt positive Beschäftigungswirkungen nach der Teilnahme“, zog Röhrich die Bilanz des Programms. Auch sie sprach von der Notwendigkeit, Betroffene früher zu erreichen, „idealerweise während sie noch in Beschäftigung sind“. Sie präsentierte außerdem die wichtigsten Ziele des Wiedereingliederungsteilzeitgesetzes: „Ziel dieses Gesetzes ist es, den Wiedereinstieg in den Arbeitsalltag nach längerer physischer und/oder psychischer Erkrankung zu erleichtern. Dabei geht es um einen langfristigen Erhalt der Gesundheit und um die Festigung der Arbeitsfähigkeit.“

Für mehr individuelle Zugänge in der Arbeitswelt plädierte auch Dr. Franz Kühmayer vom Zukunftsinstitut Österreich in seinem Vortrag. „Arbeitsverhältnisse sind heutzutage immer mehr projektbezogen, die Grenze zwischen Business und Leisure befindet sich im ständigen Fluss“, so der Zukunftsforscher. „Eine der Folgen ist auch eine losere Bindung von Arbeitnehmern ans Unternehmen, aber auch umgekehrt. Bei einer Vielzahl von Beschäftigten spielen außerdem persönliche Wünsche eine immer

größere Rolle. Daher müssen auch Arbeitgeber nach individuellen Lösungen für ihre Arbeitnehmer suchen“, betonte Kühmayer.

Aufgaben der Zukunft

In der anschließenden Podiumsdiskussion wurden wichtige Fragen einer Berufswelt von morgen diskutiert. „Bei der Entwicklung der Rehabilitation steht für mich im Vordergrund, wie wir sie zielgruppengerechter gestalten können: Für eine Frau unter 25 ist eine andere Rehabilitation geeignet als für einen Mann Mitte 50. Psychische Erkrankungen verlangen nach einer anderen Rehabilitation als körperliche Leiden“, stellte Mag. Petra Draxl, Chefin des AMS Wien, fest. „Es muss uns gelingen, die Veränderungen in der Arbeitswelt besser in der Rehabilitation abzubilden. Hier setzt Reha NEXT an: Es ist der Versuch, die Rehabilitation neu zu denken“, so Draxl.

Für mehr Differenzierung in den Reha-Angeboten plädierte Ing. Kurt Aust, der stellvertretende Generaldirektor der PVA: „Der erste wichtige Punkt der Reha der Zukunft ist: Wir müssen und werden neue Krankheitsbilder in der Reha berücksichtigen. Der zweite Punkt ist, eine vielfältigere Angebotspalette zur Verfügung zu stellen, damit die Wirksamkeit der Rehabilitation erhöht wird“, stellte Aust fest. „In der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen werden wir in Zukunft differenzierter vorgehen. Außerdem müssen wir Menschen mit psychischen Krankheitsbildern früher erreichen“, hielt Ing. Aust fest.

Schließlich soll nach den Vorstellungen der PVA der berufliche und arbeitsplatzbezogene Aspekt verstärkt in die medizinische Rehabilitation einbezogen werden. In drei Kompetenzzentren der PVA wird die intensiviertere medizinische berufs- und arbeitsplatzbezogene Rehabilitation bereits pilotmäßig umgesetzt. U.a. sollen die Reha-Patientinnen und Reha-Patienten künftig genau jene körperlichen Fähigkeiten trainieren, die sie an ihrem individuellen Arbeitsplatz benötigen.

BBRZ
Reha NEXT

HI-Nurses:

Schlüsselfunktion in der Versorgung von Herzinsuffizienz

Politik

Etwa ein bis zwei Prozent der erwachsenen Bevölkerung leiden in Industrienationen an Herzinsuffizienz. In Österreich könnten – aufgrund der hohen Dunkelziffer – sogar bis zu 300.000 Menschen betroffen sein. Die Prävalenz steigt mit zunehmendem Alter und beträgt bei über 70-Jährigen bereits über zehn Prozent. Priv.-Doz. Dr. Deddo Mörtl, Mitglied der AG-Herzinsuffizienz der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft, spricht im PERISKOP-Interview über die Herausforderungen in der Betreuung von Herzinsuffizienz-Patienten. Zudem fordert der Experte multidisziplinäre Betreuungsprogramme, um die Versorgung der Herzinsuffizienz-Patienten in Österreich zu verbessern, multiple Hospitalisierungen zu reduzieren und in weiterer Folge die Mortalitätsrate zu verringern. Strukturierte Versorgungspfade und eine enge Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachgruppen sind für die optimale Betreuung von Herzinsuffizienz-Patienten notwendig.

Von Mag. Nina Bennett, MA

PERISKOP: Wie sieht der aktuelle Status quo der Herzinsuffizienz in Österreich aus?

Mörtl: Österreich unterscheidet sich hier vermutlich nicht wesentlich von anderen Ländern der industrialisierten Welt. Die Herzinsuffizienz (HI) ist auch bei uns eine der häufigsten Erkrankungen: Geschätzt ein bis zwei Prozent der Bevölkerung leiden an einer HI. Diese kann sich in jedem Alter entwickeln, kommt aber mit zunehmendem Alter häufiger vor. Bei Patienten über 65 Jahre ist sie die häufigste Ursache für eine Hospitalisierung. Atemnot, Wasseransammlungen im Körper, schnelle Ermüdung – diese Symptome einer Herzinsuffizienz treten zu Beginn meist schleichend auf. Sie nehmen im Verlauf der Erkrankung jedoch zu und können die Lebensqualität der Erkrankten erheblich beeinträchtigen. Darüber hinaus ist die Prognose schlecht: Insbesondere suboptimal behandelte Patienten haben eine höhere Sterberate als bei den meisten Krebserkrankungen.

P: Wie ist die HI-Versorgung in Österreich im Vergleich zu anderen Ländern?

Mörtl: Gerade im internationalen Vergleich existiert bei der Herzinsuffizienz-Versorgung in Österreich enormer Aufholbedarf. In erster Linie geht es um fehlende Betreuungs- und Versorgungsmaßnahmen. Wir haben weder ein flächendeckendes Disease-Management-Programm, noch bieten wir eine andere Form der strukturierten Versorgung an. Zudem fehlt es hierzulande an der koordinierten multidisziplinären Zusammenarbeit. Disease-Management-Programme für Herzinsuffizienz sorgen für eine nahtlose Betreuung von Herzinsuffizienz-Patienten über sämtliche Sektoren des Gesundheitssystems hinweg. Die in den Leitlinien geforderte Multidisziplinarität ergibt sich zumindest aus der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und spezialisierten Herzinsuffizienz-Pflegepersonen. Letztere nehmen international eine tragende Rolle in der Versorgung der Herzinsuffizienz-Patienten ein.

P: Welche Herausforderungen gibt es in der Betreuung von Herzinsuffizienz-Patienten und wo sehen Sie Optimierungspotenzial?

Mörtl: Die Behandlung von Herzinsuffizienz ist an sich eine große Herausforderung: Die Patienten sind in der Regel höheren Alters, multimorbid und oftmals in ihrer Mobilität eingeschränkt. Herzinsuffizienz bringt einen großen Verlust an Lebensqualität von Patienten und deren Familien mit sich und ist eine der häufigsten Ursachen für Krankenhauseinweisungen. Eine HI-Hospitalisierung triggert oft weitere Hospitalisierungen, welche einerseits nicht nur enorme Kosten für das Gesundheitswesen verursachen, sondern prognostisch für den Patienten sehr ungünstig sind. Nach einer HI-Hospitalisierung beträgt die Ein-Jahres-Sterberate 25 bis 30 Prozent. Es gibt sehr wirksame Therapiemöglichkeiten, die die Lebensqualität und die Leistungsfähigkeit verbessern, die Hospitalisierungsraten reduzieren und die verbleibende Lebenszeit verlängern. Doch diese Therapien gelangen im unserem derzeitigen Gesundheitssystem nicht in ausreichendem Maß zum Patienten. Aus zahlreichen Studien wissen wir, dass ein Disease-Management-Programm hier den Patienten helfen kann und beträchtliche gesundheitsökonomische Vorteile bringt.

P: Gibt es vonseiten der Arbeitsgruppe Herzinsuffizienz der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft konkrete Empfehlungen?

Mörtl: Diese Empfehlungen wurden in einem kürzlich erschienenen Positionspapier der AG dargestellt. Die damit verknüpfte Forderung der AG Herzinsuffizienz ist es, Disease-Management-Programme (DMPs)

flächendeckend einzuführen. Derzeit werden strukturierte DMPs für HI-Patienten nur punktuell aufgrund von Einzelinitiativen durchgeführt. Dies ist ein inakzeptabler Zustand, insbesondere wenn man bedenkt, dass DMPs für Herzinsuffizienz seit über zehn Jahren eine Klasse-I-Empfehlung in den internationalen Richtlinien erhalten. Ein geschickt konzipiertes DMP verbessert nicht nur Lebensqualität und Überleben der Patienten, sondern spart dem Gesundheitssystem Geld. Um möglichst kosteneffizient zu bleiben, werden nur Hochrisikopatienten intensiv betreut. Man muss auch nicht in jeder Region exakt dasselbe Programm etablieren, aber einige Kernelemente sollten in jedem DMP vorhanden sein. Kontinuierliche Evaluierungen der Effizienz und regelmäßige Audits sind unabdingbar. Die Betreuung von HI-Patienten in strukturierten Versorgungsprogrammen auf unterschiedlichen Versorgungsstufen – vom Pflegedienst über den Hausarzt bis zur Spezialambulanz im tertiären Zentrum – sollte jedenfalls österreichweit zum Standard werden.

P: Wie funktioniert die Diagnose der Herzinsuffizienz?

Mörtl: Körperliche Erschöpfung, Schwächegefühl, Müdigkeit, Atemnot und Wasseransammlungen, vor allem in den Beinen, sind typische Symptome einer Herzinsuffizienz. Vorerkrankungen, die häufig zu einer Herzinsuffizienz führen, erhärten den Verdacht. Falls Symptome und Zeichen der Herzinsuffizienz und entsprechende Vorerkrankungen fehlen und das EKG normal ist, ist eine Herzinsuffizienz sehr unwahrscheinlich. Falls nur irgendeiner dieser Parameter positiv ist, dann sollte ein natriuretisches Peptid (z. B. BNP, NT-proBNP) mittels Blutabnahme bestimmt werden. Falls dies unauffällig ist, ist eine Herzinsuffizienz de facto ausgeschlossen und man erspart sich die Zuweisung zur Echokardiographie. Erst wenn das NT-proBNP erhöht ist, braucht man zur Diagnostik der Herzinsuffizienz einen Herzultraschall.

Das natriuretische Peptid eignet sich nicht nur zur Diagnostik der Herzinsuffizienz, es ist auch der stärkste Prognosemarker und ein hervorragender Verlaufparameter. Ein Anstieg des natriuretischen Peptids spricht für eine Verschlechterung mit dem Risiko einer baldigen Hospitalisierung oder zu versterben, während ein Absinken eine erfolgreiche Behandlung bzw. einen günstigen Prognoseverlauf der Herzinsuffizienz anzeigt. Durch die Messung dieses Markers könnte man z. B. auch im ambulanten Bereich auf einfache, günstige und objektive Weise Hochrisikopatienten für ein DMP definieren, ohne auf die nächste – teure – Hospitalisierung zu warten. Bei uns in der Herzinsuffizienz-Ambulanz gehört dieser Marker natürlich zur Laborkontrolle einer HI dazu. Allerdings wird die Bestimmung dieses Markers extramural nicht flächendeckend bezahlt. Da es sich hier ebenso wie bei den DMPs um eine Klasse-IA-Empfehlung handelt, ist die flächendeckende Kostenübernahme dieses Markers bereits auf Ebene des niedergelassenen Allgemeinmediziners auch eine Forderung an die Politik. Dies würde zu einer effizienteren Diagnostik und damit auch optimierten Therapie der Herzinsuffizienz-Patienten führen. Denn durch eine adäquate Therapie der

Herzinsuffizienz kann die verbleibende Lebenszeit verdoppelt bis verdreifacht werden.

P: Wie stehen Sie zum Thema „HI-Nurses“?

Mörtl: Die effektivsten DMPs, die zu einer Reduktion der Hospitalisierungs- und Sterberate geführt haben, waren zumeist die so genannten Nurse-led Programme. Das heißt, dass eine spezialisierte Herzinsuffizienz-Pflegeperson Case-and-Care-Manager des Patienten und Koordinator im strukturierten Betreuungssystem ist. Dies erfolgt in Rücksprache mit den Ärzten, die die Patienten behandeln. In einigen Regionen Europas sind derartige Heart-Failure-Specialist-Nurses etabliert, in Österreich kann man diese Qualifikation noch nicht offiziell erwerben. Einen Vorschlag für ein entsprechendes Curriculum gibt es auf europäischer Ebene, dies könnte man adaptieren und umsetzen. Vor allem rechtliche Rahmenbedingungen werden hier oft als abwehrendes Argument vorgebracht. Dies sind aber Hürden, die leicht zu nehmen sind, vor allem weil die Arbeit einer Herzinsuffizienz-Pflegeperson auch innerhalb der derzeitigen rechtlichen Gegebenheiten bereits einen enormen Effekt hätte.

Gleichzeitig mit einer derartigen Ausbildung müssen aber auch die entsprechenden Tätigkeitsprofile und Berufspositionen in unserem Gesundheitssystem geschaffen werden, denn ohne Aussicht darauf, die erworbene Spezialisierung auch anwenden zu können, wird das Interesse an dieser Weiterbildung gering sein.

P: Kann man die Apotheker in das Versorgungskonzept sinnvoll einbinden?

Mörtl: Ich könnte mir eine Einbindung der Apotheker durchaus vorstellen. Die Apotheker haben durch ihre niederschwellige Beratungsmöglichkeit und den häufigen Patientenkontakt eine besondere Position im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen. Sie könnten hier nicht nur im Screening unterstützen, sondern auch in der Therapieoptimierung – auch dazu gibt es gute Studiendaten. Jeder Patientenkontakt sollte dazu genutzt werden, die Therapie von HI-Patienten zu überprüfen und zu optimieren. Sofern die rechtlichen Rahmenbedingungen dies zulassen, würde ich hier eine Unterstützung durch die Apotheker sehr begrüßen.

P: Wie sollte das Zusammenspiel der Allgemeinmediziner und Fachmediziner funktionieren?

Mörtl: Um Patienten mit HI optimal zu versorgen, sind strukturierte Versorgungspfade und eine effektive, übersichtliche und unaufwändige Zusammenarbeit von Hausärzten, Internisten und Kardiologen im niedergelassenen Bereich, Herzinsuffizienz-Spezialisten in den Spitalsambulanzen und Pflegepersonen erforderlich. Unkomplizierte und rasche Terminvergaben und Rücksprachemöglichkeiten, besonders vom Hausarzt in Richtung Facharzt, erleichtern das Patientenmanagement. Eine elektronische Datenbank, die zu Evaluierungszwecken nötig ist, kann auch bei der Berichterstattung helfen und schafft Übersicht über wahrgenommene Termine oder Hospitalisierungen des Patienten.

BioBox:

Priv.-Doz. Dr. Deddo Mörtl ist Mitglied der AG Herzinsuffizienz (ÖGK) und Oberarzt an der 3. Medizinischen Abteilung, Leiter der Herzinsuffizienz-Ambulanz und der Lungenhochdruck-Ambulanz des Universitätsklinikums St. Pölten. Zudem ist er Fellow der Heart Failure Association (HFA) der European Society of Cardiology (ESC).

Mit freundlicher Unterstützung der Novartis Pharma GmbH

Effizient, aber reformbedürftig

Politik

Wie gut ist unser Sozialversicherungssystem? Welche Reformen sind in der nächsten Zeit notwendig? Was sagen aktuelle Effizienzstudien dazu? Das waren nur einige Fragen, über die man bei einer hochkarätig besetzten Podiumsdiskussion der Reihe Zukunft Gesundheit am 19. Oktober im Wiener mumok intensiv diskutierte. Alle Diskutanten waren sich einig: Die österreichische Sozialversicherung ist zwar eine der besten Europas. Verbesserungen im System sind jedoch dringend notwendig.

Von Mag. Klaudia Besler, MBA

Gleich drei Effizienzstudien, unter ihnen auch die Studie der London School of Economics (LSE), lieferten im Laufe des heurigen Jahres Daten und Fakten zur möglichen Umstrukturierung des österreichischen Sozialversicherungssystems. Die 18. Veranstaltung der Reihe Zukunft Gesundheit, organisiert von der Karl-Landsteiner-Gesellschaft und MSD, stand im Zeichen dieser Studien und möglicher Reformpläne unserer Sozialversicherung. In seinem Einführungsstatement pocht Mag. Bernhard Achitz auf die Selbstverwaltung der Sozialversicherung als wichtige Errungenschaft der Sozialpartnerschaft: „Wir sind sehr empfindlich, wenn sich hier die Politik einmischt und unsere Selbstverwaltung angreift“, sagte Achitz und betonte, der Zweck des Sozialversicherungssystems sei, dieses System im Sinne der Versicherten weiterzuentwickeln. „Wir haben in den vergangenen Jahren mit dem Masterplan Gesundheit wesentliche Schritte gesetzt und die Koordination zwischen verschiedenen Playern im Gesundheits- und Sozialsystem deutlich verbessert. Wir sind fest entschlossen, diesen Weg weiterzugehen“, stellte Achitz fest.

Leistungsharmonisierung notwendig
„Österreich hat im internationalen Vergleich ein erstklassiges Gesundheits- und Sozialversicherungssystem. Es gibt hohe Zufriedenheitswerte und den geringsten ungedeckten Bedarf von allen vergleich-

baren und verglichenen Systemen“, so Achitz. Ein Defizit, das aus der LSE-Studie hervorkommt, seien relativ hohe Leistungsunterschiede zwischen verschiedenen Gruppen im Sozialversicherungssystem. „Es ist nicht erklärbar, dass es Leistungsunterschiede zwischen den Gebietskrankenkassen gibt, in die man dieselben Beiträge einahlt. Das gehört beseitigt“, war Achitz kategorisch. „Unser Ansatz dazu ist eine Leistungsharmonisierung, die Leistungen nach oben angleicht und nicht reduziert oder abschafft“. Achitz sprach sich auch gegen eine unbedingte Reduzierung der Sozialversicherungsträger aus: „Verschiedene Träger können im Sinne der Nähe zum Versicherten durchaus weiter bestehen“, sagte Achitz, plädierte aber gleichzeitig für eine Vereinheitlichung der administrativen Aufgaben. Dr. Helwig Aubauer wies in seinem Statement auf ein „zersplittertes und intransparentes System“ mit Schnittstellenproblematik und einer hohen Spitalslastigkeit in Österreich hin. Die Industriellenvereinigung gab eine Effizienzstudie (IHS-Studie) in Auftrag, aus den Ergebnissen dieser Studie fokussierte sich Aubauer auf fünf wichtige Reformfelder: „Das sind die Transparenz und die Vergleichbarkeit der Leistungen, die Modernisierung der Selbstverwaltung, die Reduzierung der Zahl der Krankenversicherungsträger, Anreize für eine adäquate Inanspruchnahme von Dienstleistungen

und die Problematik der Lohnnebenkosten“, sagte Aubauer. Aubauer hinterfragte auch die Existenz der 18 Krankenversicherungsträger sowie der 15 Krankenfürsorgeanstalten für rund 200.000 Versicherte: „Es geht nicht darum, dass wir aus einer Vielzahl der Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeanstalten eine monolithische Kassa machen sollen: Die IHS-Studie zeigt aber ein Potenzial für Reduzierung auf. Wir haben ein Modell nach Versorgungsregionen angedacht, so wie es im Österreichischen Strukturplan Gesundheit der Fall ist. Es ist schließlich nicht immer sinnvoll, die Gesundheitsversorgung an den Bundesländergrenzen auszurichten“, betonte Aubauer.

Fünf Reformpunkte

Dr. Alexander Biach konzentrierte sich auf die Frage der Output-Erhöhung und Aufgabenbündelung im Sozialversicherungssystem. „Laut der LSE-Studie bringt das Einsparungen in der Höhe von 50 Millionen Euro“, so Biach. Gleichzeitig sprach er von der Schnittstellenproblematik im Bereich der dualen Finanzierung von Gesundheitsleistungen, die auch von der LSE-Studie bestätigt wurde: „Die Sozialversicherungsträger zahlen alle niedergelassenen Ärzte und 40 Prozent der Spitalskosten. Nichtsdestotrotz haben die Sozialversicherungsträger wenig Mitspracherecht im Spitalmanagement. Auch Spitäler untereinander

sind nicht koordiniert.“ Wenn man diese Komplexität behebe, könne man laut dieser Studie 60 Prozent aller Einsparungen erzielen. Biach nannte auch fünf Reformpunkte, bei denen ein weitgehender Konsens der Sozialpartner besteht: „Zum ersten ist das eine Leistungsharmonisierung: Wir haben dort 23 unterschiedliche Leistungsgruppen: Das ist ineffizient. Zweitens müssen wir eine Aufgabenbündelung durchführen, das wird uns 120 Millionen Euro Einsparungen bringen, und das setzen wir um“, war Biach kategorisch. Hinsichtlich der Beitragsvereinfachung kündigte Biach die Einführung einer monatlichen Beitragsgrundlagenmeldung für 2018 an und plädierte für eine künftige Abschaffung der Mehrfachversicherung. Das Sozialversicherungssystem müsse auch seine Komplexität reduzieren, indem man etwa Versicherungsleistungen gemeinsam und unter gleichen Konditionen bestelle. Der fünfte wichtige Punkt für Biach ist die Stärkung der Primärversorgung: „Wir müssen Menschen in die niedergelassenen Bereiche einlenken, die günstiger sind“, so Biach.

Dr. Thomas Neumann sprach von den hohen Zufriedenheitsquoten mit dem einheimischen Sozialversicherungssystem, die vorwiegend auf subjektiven Wahrnehmungen beruhen. „Objektivierbare Faktoren kann man da aber kaum finden. Zwei davon, die sich einigermaßen objektivieren lassen, sind die Lebenserwartung – da liegt Österreich im europäischen Mittelfeld – und die gesunden Lebensjahre – da sind wir sogar unterdurchschnittlich“, war Neumann kritisch. Er sprach außerdem von Intransparenz im System: „Wir haben eine Fülle an gesetzlichen Vorschriften, den Rechtsschutz für Betroffene gibt es nur rudimentär. Da haben wir ein enormes Verbesserungspotenzial“. Für Neumann ergibt sich das Einsparungspotenzial nicht unbedingt aus der Zusammenlegung der Sozialversicherungsträger, sondern durch die Vereinfachung der Aufgaben: „Wie effizient biete ich meine Leistungen an?“, wird hier die Frage sein“, so Neumann. Der Gesundheitsexperte sprach sich auch für die Delegation von Gesundheitsleistungen an andere Gesundheitsberufe aus: „Wir haben ein ärztelastiges System“, sagte abschließend Neumann.

Die Podiumsdiskussion aus der Reihe „Zukunft Gesundheit“ kann man auch als Video abrufen: <http://www.karl-landsteiner.at/veranstaltungen-2017.html>

Diskussionsteilnehmer

Mag. Bernhard **ACHITZ**
erster stellvertretender Vorsitzender im
Verbandsvorstand des Hauptverbands der
österreichischen Sozialversicherungsträger

Dr. Helwig **AUBAUER**
Bereichsleiter für Arbeit und Soziales in der
Industriellenvereinigung

Dr. Alexander **BIACH**
Vorsitzender im Verbandsvorstand des Hauptverbands der
österreichischen Sozialversicherungsträger

Dr. Thomas **NEUMANN**
Senior Manager bei BDO Austria.

Moderation: Roland **SCHAFFLER**
Herausgeber ÖKZ und Chefredaktion QUALITAS



Aktuelle Herausforderungen in der Rehabilitation und Reintegration

v. l.: Bruno Mähr, Richard Crevenna, Martin Sonntag, Andreas Winkler, Eva Höltl, Hermann Moser, Armin Fidler

Portfolio

Die Rehabilitations-Landschaft in Österreich muss sich völlig neuen Gegebenheiten anpassen. Stationäre, teillambante und ambulante Dienste sollten ein Gesamtkonzept bilden. Zudem kommen vermehrt Patienten mit Langzeitbedarf auf das System zu, waren sich die Experten beim 2. PRAEVENIRE Gesundheitsforum in Seitenstetten einig.

Von Mag. Marlies Martha, MA

Prim. Dr. Andreas Winkler, ärztlicher Leiter der auf neurologische Rehabilitation spezialisierten innovationsorientierten Klinik Pirawarth, thematisierte in seiner Keynote den Zusammenhang zwischen Rehabilitation und gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen sowie die damit verbundenen Anforderungen an Rehabilitationseinrichtungen: „Rehabilitation gibt es erst seit ca. 100 Jahren und war immer ein Spiegel der gesellschaftlichen Zustände. 1918 wurde die erste Einrichtung für Weltkriegsverletzte eröffnet. In den 1970er-Jahren stellten viele Patienten mit Hochgeschwindigkeits- bzw. Schädel-Hirn-Traumata aufgrund des vermehrten KFZ-Aufkommens eine neue Herausforderung dar. Aktuell beginnt sich das Fach auf die demografischen Entwicklungen einzustellen und einen Schwerpunkt auf geriatrische und psychiatrische Rehabilitation zu legen.“

Prim. Dr. Hermann Moser, ärztlicher Leiter des Neurologischen Therapiezentrons Gmundnerberg, merkte weiters an: „Die Rehabilitation erledigt heutzutage bereits einen Teil der Arbeit der Akutkrankenhäuser. Die neurologische Rehabilitation trägt so wesentlich zur Versorgung der neurologischen Patienten bei. Aufgrund der vermehrten Durchführung akutmedizinischer bzw. spezialisierter Behandlungen gelangen die Rehabilitationseinrichtungen jedoch immer öfter an ihre Grenzen.“

Onkologische Rehabilitation

Die stationäre Rehabilitation von Krebspatienten wurde in den vergangenen Jahren mit gut 600 Betten in Österreich gut etabliert. „Bei der ambulanten Rehabilitation hinken wir noch hintennach. Die optimale Wiedereingliederung aktiv angesucht werden muss, da sie den Krebspatienten in den onkologischen Zentren noch nicht flächendeckend empfohlen wird. Dazu kommt, dass wir in der Rehabilitation durch laufend neu

der Universitätsklinik für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Arbeitsmedizin der Medizinischen Universität Wien. Im Bereich der onkologischen Rehabilitation spielen die Physikalische Medizin, Diätologie und Psychoonkologie sowie die Information über Themen wie u. a. Adhärenz und Nachhaltigkeit eine essenzielle Rolle.

Heute geht man davon aus, dass regelmäßige körperliche Aktivität für Patienten mit Chemo- bzw. Strahlentherapie und modernen onkologischen Therapien sinnvoll ist. Denn „fast jeder Patient ist trainierbar – allein auf das Know-how kommt es an“, betonte Crevenna. Um die Jahrtausendwende wurde im AKH die erste Ambulanz für onkologische Rehabilitation gegründet und die weltweit erste Trainingsgruppe für Patienten mit Chemotherapie organisiert. „2001 hatten wir die erste Krebspatientin mit Knochenmetastasen im Training. Sie erreichte 150 Prozent der Norm-Leistungsfähigkeit von Gesunden“, führte der Experte aus. Es gibt bereits wissenschaftliche Studien, die für körperliches Training bei Menschen mit einem Dickdarmkarzinom einen ähnlich positiven Effekt wie eine Chemotherapie nach der Operation belegt haben.

Dr. Bruno Mähr, ärztlicher Leiter des Therapiezentrons Rosalienhof, ergänzte: „Die Patienten, die wir in der onkologischen Rehabilitation betreuen, spiegeln nicht die Wirklichkeit der onkologischen Erkrankungen in Österreich wider. 70 bis 75 Prozent der Patienten sind weiblich und haben ein Einkommen, das deutlich höher ist als das Durchschnittsbürgers. Wir haben daher derzeit ein sehr selektiertes Patientengut, das auch darauf zurückzuführen ist, dass um die onkologische Rehabilitation aktiv angesucht werden muss, da sie den Krebspatienten in den onkologischen Zentren noch nicht flächendeckend empfohlen wird. Dazu kommt, dass wir in der Rehabilitation durch laufend neu

entwickelte Therapien und Medikamente mit Nebenwirkungen konfrontiert sind, die wir noch besser kennenlernen müssen, um unsere rehabilitativen Behandlungsangebote zu optimieren. Ein Hauptthema wird zukünftig z. B. die chronische Erschöpfung sein, die bei ca. 80 Prozent der Patienten vorhanden ist.“

Schnittstellenproblematik beim beruflichen Wiedereinstieg

„Psychische Gesundheit ist ein Erfolgsfaktor. Es wird zwar sehr viel Geld in die innerbetriebliche Gesundheitsförderung investiert, wir verfügen aber über wenig Evidenz darüber, welche konkreten Maßnahmen tatsächlich zielführend sind“, sagte Dr. Eva Höltl, Leiterin des Arbeitsmedizinischen Zentrums der Erste Bank. Die Förderung der psychischen Gesundheit und die adäquate Betreuung von Erkrankten bzw. deren Wiedereingliederung in das Arbeitsleben nach einer Krankheit seien von großer Bedeutung.

Auf diesem Gebiet hat Österreich erheblichen Aufholbedarf gegenüber anderen Staaten. „In der Schweiz liegt die Erwerbsquote von psychisch Kranken bei 80 Prozent. In Österreich sind es 50 Prozent“, so die Expertin. Mit einer Neuzugangsrate bei den Invaliditätspensionierungen von 15 Fällen pro 1.000 Personen und Jahr unter den 55- bis 64-jährigen liege Österreich laut einem OECD-Bericht aus dem Jahr 2015 zum Beispiel im Vergleich zu Dänemark (sechs Fälle/1.000 Einwohner) oder der Schweiz (acht Fälle/1.000 Einwohner) an einsamer Spitze.

Eine deutliche Verbesserung soll es in Österreich durch das Wiedereingliederungsteilzeitgesetz geben. Seit 1. Juli 2017 ist es Arbeitnehmern möglich, nach langen Krankenständen (mehr als sechs Wochen) schrittweise wieder in den Beruf einzusteigen. Das Modell ist für beide Seiten freiwillig.

Die wöchentliche Normalarbeitszeit darf für die Dauer von maximal sechs Monaten um höchstens 50 Prozent und mindestens 25 Prozent reduziert werden. Der Dienstnehmer erhält für den Wiedereingliederungszeitraum neben dem aliquoten Entgelt und den aliquoten Lohnnebenkosten vom Dienstgeber ein Wiedereingliederungsgeld (anteiliges Krankengeld) von der Krankenkasse.

„Auch wenn dies vielversprechende Ansätze sind, wird die große Herausforderung sein, die Schnittstellen zwischen Arbeitsmarkt und Gesundheit zu definieren und zu bearbeiten. Darüber hinaus bleibt ein Problem aber weiter bestehen: Die neue gesetzliche Regelung gilt nur für den Wiedereinstieg in die alte berufliche Position. Wichtig wären für viele Betroffene aber auch Möglichkeiten, leichter auf weniger belastende Tätigkeiten bzw. Berufspositionen umsteigen zu können“, betonte Höltl.

„Wir wissen heute, dass die Aussicht auf eine erfolgreiche berufliche Rehabilitation gering ist. Besser funktioniert das im Bereich der medizinischen Rehabilitation, aber auch hier ist noch Verbesserungspotenzial vorhanden. Insbesondere muss die Behandlung früher ansetzen, wofür auch im Sozialrecht Änderungen notwendig sind“, führte Mag. Martin Sonntag, zum Zeitpunkt des Gesprächs bei der Industriellenvereinigung, jetzt Fachreferent für Zivilrecht, Bundesministerium für Justiz, ergänzend an. „Um die steigenden Anforderungen an die Rehabilitation und Reintegration weiterhin bewältigen zu können, wird man aus systemischer Sicht in Zukunft beide Instrumente laufend weiterentwickeln müssen, um so die Möglichkeit zur langen Teilhabe am Erwerbsleben bestmöglich zu unterstützen“, schloss Sonntag.



Portfolio Rehabilitation im Wandel

Bereits beim ersten PRAEVENIRE Gesundheitsforum Seitenstetten wurden Rehabilitation in Österreich und der damalige Status quo thematisiert (das PERISKOP berichtete). Im letzten Jahr konnten gewichtige Fortschritte erzielt werden und Österreich hat seit Kurzem einen neuen Rehabilitationsplan. Grund genug, das Thema erneut aufzugreifen und mit den anwesenden Experten die Fortschritte des letzten Jahres zu diskutieren sowie die noch anstehenden Optimierungsprozesse zu erläutern.

Von Mag. Marlies Martha, MA



Erwin Rebhandl

Im letzten Jahr habe ich das erfreuliche Gefühl bekommen, dass Reha-Anträge rascher bearbeitet werden. Die weitreichenden Möglichkeiten der Reha sind schon vielerorts angekommen. Dennoch steht in vielen Entlassungsbriefen von Krankenhäusern nicht, ob eine Reha als sinnvoll erachtet wird bzw. ob ein entsprechender Antrag gestellt wurde. Nach der Entlassung aus der Reha kommen die Patienten auch häufig wenig gut informiert zurück. In ländlichen Gebieten haben wir unzureichende Möglichkeiten, nach der Reha entsprechende Betreuungsmodelle zu gewährleisten. Schließlich erleben Arbeitsfähige und -willige bei längerer Arbeitsunfähigkeit oder nach einer krankheitsbedingten Kündigung auch psychisch starke Belastungen. Im extramuralen Bereich müssen schließlich bessere Strukturen geschaffen werden, um die Menschen auch nach einer Reha optimal betreuen zu können.



Bruno Mähr

In der onkologischen Reha hat sich im vergangenen Jahr viel getan. Es ist schön zu beobachten, dass die Zuweisungen laufend ansteigen, die Netzwerke wachsen und erste Studienergebnisse publiziert werden. Wir wissen heute, dass wir die Schwerpunkte auf gewisse Themen wie Nachhaltigkeit und Transparenz legen müssen. Somit können wir allen interessierten Parteien die Qualität und Sinnhaftigkeit der onkologischen Rehabilitation deutlich machen.



Martin Sonntag

Vor ca. eininhalb Jahren haben wir auf Ebene der Sozialpartner einen Prozess gestartet, der sich mit einer Verbesserung des 2012 beschlossenen Dogmenwechsels hin zu „Reha vor Pension“ auseinandergesetzt hat. Zwischenzeitig konnten erste Erfolge erzielt werden. Gemeinsam entworfen wurde etwa das Wiedereingliederungsteilzeitgesetz. Hier soll frühzeitig versucht werden, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten und die systematische Wiedereingliederung in den Beruf zu verbessern. Bisher unterbeleuchtet ist das bereits implementierte Frühinterventionssystem in der Sozialversicherung. Hier bekommen die Versicherten nach 28 Tagen ununterbrochenem Krankenstand ein Schreiben der Krankenversicherung. Dabei soll erörtert werden, wie der weitere Behandlungsweg aussieht, und dann entschieden werden, ob man weiter im Krankenstand bleibt oder ob Wiedereingliederung respektive Rehabilitation angebracht wäre.



Andreas Hoyer

Im Spital erhält der Patient die optimale Behandlung. Wird er nach der Rehabilitation entlassen, sieht er sich häufig auf sich selbst gestellt. Menschen verstehen oft nicht mit der Situation umzugehen. Dann führt sie der Weg zum Hausarzt. Die Erfahrung hat uns gezeigt, dass auch dort oft nicht alles gesagt wird. An dieser Stelle sind wir Apotheker mit unserem umfassenden Know-how gefragt. Das ist gerade dann sinnvoll, wenn ein Patient mit einer Standardmedikation aus dem Spital entlassen wird und später nicht genau weiß, was er wie einzunehmen hat. Medikamentenmanagement ist klarer Bestandteil unserer Beratungsleistung. Um die optimale Betreuung für die Patienten gewährleisten zu können, bedarf es enger Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker.



Eva Höttl

Die ganz zentrale Herausforderung ist es, den richtigen Zeitpunkt für eine Rehabilitation zu erkennen. Am Arbeitsplatz fällt eine gesundheitsbedingte Leistungseinschränkung häufig sehr früh auf. Was den Erhalt der Erwerbsfähigkeit und die Inklusion am Arbeitsmarkt betrifft, könnten hier Arbeitsmediziner eine wesentliche Rolle spielen. Ein Problem sind die noch immer sehr langen Wartezeiten auf der psychiatrischen Reha. Auch der Prozess der Rückkehr an den Arbeitsplatz im Anschluss an die Reha ist eine enorm wichtige Phase. Das neue Wiedereingliederungsteilzeitgesetz gibt uns neue Möglichkeiten, Betroffene schrittweise wieder an die ursprüngliche Tätigkeit heranzuführen.



Richard Crevenna

Zu den von Dr. Höttl angesprochenen Themen gilt es, Awareness zu schaffen, den Umsetzungsmotor anzukurbeln und ihn kontinuierlich in Betrieb zu halten. Unser Schwerpunkt liegt auf der onkologischen Reha und bei Funktionsstörungen am Bewegungsapparat. Mit unseren Partnerkliniken sowie mit Rehabilitationszentren und namhaften Arbeitsmedizinern haben wir klare Ziele definiert: Wir forschen gemeinsam und setzen somit mess- und praktisch anwendbaren wissenschaftlichen Fortschritt um. Im Rahmen des Wiedereingliederungsteilzeitgesetzes werden wir ebenfalls aktiv. Hier muss noch besser vernetzt und gezielter informiert werden. Auch für jene, die aufgrund fortschreitenden Alters nicht in den Arbeitsprozess zurückkehren, wollen wir zusätzliche Angebote schaffen – etwa in den Bereichen Schmerzmanagement, Sensomotorik sowie Sturzprävention.



Valerie Nell-Duxneuner

Die ambulante Rehabilitation ist im NÖGKK-Klinikum Peterhof im letzten Jahr angelaufen und stellt eine gute Ergänzung zu unserem stationären Reha-Programm dar. Im stationären Bereich haben die Wartezeiten weiter zugenommen. Ein „Fast Track“ im Sinne einer verbesserten Schnittstelle zwischen Akutkrankenhaus und Rehabilitationsklinik wäre hier wichtig. Hier gilt es, im Sinne einer personalisierten Rehabilitation in Zukunft flexibler und auf den Patienten maßgeschneidert vorzugehen. Auch bei uns ist die Generierung von Daten ein essenzieller Punkt. Wir tun das im Cluster Arthritis und Rehabilitation in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Universität Wien und Salzburg sowie LKH Stockerau und Rehabilitationszentren der PVA.



Christof Neukirch

Menschen sollten zwar so schnell wie möglich aus der stationären Reha entlassen und bestmöglich reintegriert werden. Dennoch darf man die stationäre Reha nicht unterschätzen. Im Bereich der psychischen Erkrankungen stelle ich fest, dass mit diesen noch immer eine starke Stigmatisierung einhergeht. Bis offen darüber gesprochen werden kann, dauert es oft lange. Diese Erkrankungen werden häufig nicht entsprechend ernst genommen.



Martin Schaffenrath

Die österreichische Sozialversicherung hat im Jahr 2016 im Bereich der Rehabilitation und aller Heilverfahren weit über zwei Milliarden Euro ausgegeben. 66 Millionen davon entfallen auf die Unfallversicherung, fast eine halbe Milliarde auf die Krankenversicherung und der größte Brocken mit über einer Milliarde Euro auf die Pensionsversicherung. Ich halte das für einen guten Erfolg. Hinzu kommt, dass im letzten Jahr ca. 85 Prozent aller bei der Sozialversicherung eingelangten Anträge genehmigt worden sind. 2005 hatten wir noch 216.000 genehmigte Reha-Anträge, 2016 waren es schon 295.000.



Eva Maria Uher

Wir können in Österreich nur sehr partiell von einer wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung sprechen. Ein positives Projekt ist hier die Initiative meiner Abteilung im LK Mistelbach und der Rehabilitationseinrichtung in Bad Pirawarth. Gemeinsam bauen wir gerade eine Fast-Track-Reha für neurologische Patienten auf. Darunter verstehen wir eine rasche Übernahme von Patienten, die von einer intensiven neurologischen Rehabilitation profitieren könnten. Damit sollen diese innerhalb von vier Wochen vom stationären Bereich in die Reha nach Bad Pirawarth wechseln können. Patienten werden jedoch öfters durch Hausärzte von der Reha zu uns zurückgeschickt, um die Rehabilitation hier fortzusetzen. Hier gilt es aus meiner Sicht, die Versorgungsstruktur im niedergelassenen Bereich zu aktivieren und auch entsprechend zu honorieren. Die Planung einer wohnortnahen Rehabilitation und die Leitlinienerstellung für Fast-Track-Rehabilitationswege vom Akutspital zu den Rehabilitationseinrichtungen wären dringend zu forcieren.



Marco Hassler

Vielen Berufstätigen, vor allem Selbstständigen, ist es nur schwer möglich, die Arbeit mehr als drei Wochen lang zu unterbrechen. Diesen Patienten wollen wir zusammen mit der SVA ein maßgeschneidertes kurzes stationäres und ein längeres berufsbegleitendes Rehabilitationsprogramm anbieten. Die Erfolge der stationären Rehabilitation, die innerhalb von drei Wochen bereits zu beobachten sind, sind beeindruckend. Gibt es jedoch wenige Möglichkeiten, weiterhin nötige Therapien ambulant fortzusetzen, geht die Wirkung der Reha verloren. Dies ist auch an einer relativ hohen Rate an wiederkehrenden Patienten zu erkennen, die häufig Probleme im beruflichen Alltag beschreiben.

TeilnehmerInnen:

Univ.-Prof. Dr. Richard **CREVENNA**
Leiter Universitätsklinik für Physikalische Medizin,
Rehabilitation und Arbeitsmedizin, MUW

Prim. Dr. Marco **HASSLER**
Ärztlicher Leiter, Der Sonnerberg

Dr. Eva **HÖTTL**
Leiterin des Gesundheitszentrums, Erste Bank AG

Mag. Andreas **HOYER**
Vorstandsmitglied, Österreichischer Apothekerverband

Prim. Dr. Bruno **MÄHR**
Ärztlicher Leiter, Therapiezentrum Rosalienhof

Prim. Priv.-Doz. Dr. Valerie **NELL-DUXNEUNER**
Ärztliche Leiterin, Klinikum Peterhof

Dr. Christof **NEUKIRCH**
Chefarzt, Argentalklinik, Isny-Neutrauburg

Dr. Erwin **REBHANDL**
Präsident der Vereins AM Plus

Mag. Martin **SONNTAG**
Fachreferent für Zivilrecht, Bundesministerium für
Justiz; ehemals Industriellenvereinigung

Mag. Martin **SCHAFFENRATH**
Vorsitzender-Stv. des Verbandsvorstandes im Haupt-
verband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Prim. Dr. Eva **UHER**
Leiterin des Instituts für physikalische Medizin,
Arztzentrum Wien

Moderation: Robert **RIEDL**

Herausforderungen in der Diagnose und Therapie degenerativer und entzündlich rheumatischer Erkrankungen

v.l.: Daniel Aletaha, Rudolf Puchner, Peter Mandl, Michael Bonelli

Beim 2. PRAEVENIRE Gesundheitsforum in Seitenstetten lag ein Themenschwerpunkt auf den Herausforderungen in der Diagnose und Therapie degenerativer und entzündlich rheumatischer Erkrankungen. In diesem Zusammenhang wurden die Optimierungspotenziale für Österreichs rheumatologische Versorgung, die Pathogenese der häufigsten entzündlichen Gelenkerkrankung – der rheumatoiden Arthritis (RA) – der Einsatz bildgebender Verfahren zur Diagnostik sowie strategische Konzepte bei chronisch entzündlichen Erkrankungen von hochkarätigen medizinischen Experten erörtert.

Von Mag. Marlies Martha, MA

Optimierungspotenziale für die rheumatologische Versorgung in Österreich

Der Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie Dr. Rudolf Puchner gab eingangs Einblick in ein Allgemeinkonzept zur rheumatologischen Versorgungsstruktur im intra- und extramuralen Bereich. Er berichtete über die Situation der rheumatologischen Versorgung in Österreich mit dem Fokus auf Bedingungen, die zur bestmöglichen Versorgung von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen beitragen können. Puchner strich hervor, dass eine frühzeitige Diagnose und rasch einsetzende Therapie das Wichtigste seien, da eine zu spät etablierte Therapie besonders bei der rheumatoiden Arthritis zu irreversiblen Schäden und einem Funktionsverlust der Gelenke führt. Der Weg vom

ersten Symptom bis zum Behandlungsbeginn werde jedoch durch verschiedene Hindernisse beeinflusst: Der Patient misinterpretiert seine Symptome, der Hausarzt behandelt den Patienten aufgrund zu langer Wartezeiten beim Spezialisten oder der Rheumatologe vergibt aus Kapazitätsgründen viel zu späte Termine für eine hausärztliche Zuweisung. Um diese Hindernisse abzubauen, bedarf es sowohl einer Verbesserung des Schnittstellenmanagements zwischen Allgemeinmedizinern und Rheumatologen als auch einer Verkürzung der Wartezeit beim Rheumatologen durch die Etablierung einer Akutsprechstunde. Darüber hinaus sei die Verbesserung der Awareness der Patienten ein wichtiger Aspekt. „Mit medialer Unterstützung, mithilfe der Landesärztekammern, der Sozialver-

sicherungsträger, der Fachgesellschaften, der pharmazeutischen Industrie und der österreichischen Rheumaliga wird seit einigen Jahren die Bevölkerung zunehmend auf das Leiden ‚Rheuma‘ aufmerksam gemacht“, so Puchner.

In seinem Impulsvortrag berichtete Dr. Puchner auch von einem Projekt zur Etablierung einer „Akutbegutachtungssprechstunde“ (ABS), die es seit Herbst 2012 aufgrund der oftmals sehr langen Wartezeiten in oberösterreichischen Praxen und in rheumatologischen Spitalsambulanzen (AKH Wien) gibt. „Dieses Service umfasst eine Voruntersuchung durch einen erfahrenen Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, die entweder am gleichen Tag oder zumindest innerhalb einer Woche erfolgt“, erläuterte Puchner. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass auch eine nur kurze Begutachtung von zehn bis 15 Minuten durch einen erfahrenen Rheumatologen in den allermeisten Fällen eine korrekte Diagnose zulässt, wobei 43 Prozent der Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) innerhalb von drei Monaten diagnostiziert wurden. Durch einen erleichterten Zugang zum Rheumatologen konnten die Wartezeiten verkürzt und konnte eine frühzeitigere Diagnosestellung erreicht werden. Vor Implementierung der ABS erreichten nur

16,6 Prozent der RA-Patienten einen Rheumatologen innerhalb von drei Monaten. Dr. Puchner resümierte: „Die österreichische Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation ist gefordert, an der Planung einer zeitgerechten und flächendeckenden Versorgung mitzuarbeiten, um eine rasche und suffiziente Behandlung zu ermöglichen und aufrechtzuerhalten.“

Rheumatoide Arthritis (RA) – häufigste entzündliche Gelenkerkrankung

Dr. Michael Bonelli, Facharzt für Innere Medizin an der Universitätsklinik für Innere Medizin III an der MedUni Wien, legte in seinem Vortrag den Schwerpunkt auf die Immunpathogenese der Arthritis. Die RA stellt mit einer Prävalenz von 0,5 bis einem Prozent die häufigste chronisch entzündliche Gelenkerkrankung dar, in Österreich sind rund 50–80.000 Menschen davon betroffen. Unbehandelt oder schlecht behandelt kommt es im Laufe der Erkrankung zu klassischen radiologischen Veränderungen und funktionellen Defekten. Bei der RA handelt es sich um eine Systemerkrankung, d.h., es können unterschiedliche Organsysteme betroffen sein. Häufig treten auch Komorbiditäten wie Osteoporose oder Herzinfarkt in Zusammenhang mit der RA auf. Die Genese ist hierbei multifaktoriell. Nicht nur genetische und hormonelle Faktoren

spielen eine Rolle, sondern auch Umweltfaktoren. Basierend auf einer genetischen Prädisposition, führen gewisse Trigger zu einer Manifestation der RA. „Alle genetischen Risikofaktoren tragen zu 65 Prozent zu der Entwicklung von RA bei. Ein Beweis dafür ist beispielsweise die Tatsache, dass die Krankheitsinzidenz unter eineiigen Zwillingen bei 15 bis 30 Prozent liegt“, führte Bonelli aus. So können zum Beispiel Rauchen oder andere Umweltfaktoren die Inzidenz der RA beeinflussen. Durch die komplexe Pathogenese ist die Erkennung von Signaltransduktionswegen bzw. die Entwicklung von Biomarkern für ein zielgerichtetes Einsetzen der Therapien essenziell.

Imaging-Methoden – Wert der modernen Bildgebung

PD Dr. Peter Mandl, PhD, Privatdozent und Facharzt für Innere Medizin an der Universitätsklinik für Innere Medizin III an der MedUni Wien, sprach in seinem Vortrag über verschiedene bildgebende Verfahren zur Diagnostik von RA. Er betonte, dass eine Gelenksdestruktion in der rheumatoiden Arthritis mit zunehmender Krankheitsdauer zu einer Behinderung der Patienten führen kann. Zu Beginn und im Verlauf sind verschiedene bildgebende Verfahren wie Röntgen-, Ultraschall oder MRT-Untersuchungen erforderlich, um eine Früherkennung von sowohl Gelenkentzündung (Synovitis) als auch Schädigungen im Sinne von Knochenerosionen und Knorpelverlust abschätzen zu können. Dr. Mandl präsentierte verschiedene interessante Fallbeispiele und stellte fest, dass Ultraschall in vielen Fällen für die Diagnose von RA verwendet werden kann – vor allem im frühen Stadium der RA ist Ultraschall zur Beurteilung der Synovitis eine sensitivere und verlässlichere Methode als die klinische Untersuchung. Durch Ultraschall können ebenfalls mehr Erosionen erkannt werden als durch Röntgen. Zusätzliche Hinweise auf eine Gelenkbeteiligung von anderen bildgebenden Verfahren wie MRT oder Ultraschall können zur Bestätigung der klinischen Befunde verwendet werden. „Ultraschall ist für die globale Untersuchung der Synovitis, das ist eine Entzündung der Gelenkkapsel, bei RA-Patienten ein besonders wertvolles Werkzeug. In Zukunft können auch CT oder MRT und Ultraschall als bildgebende Verfahren kombiniert werden, um die Vorteile beider Untersuchungsmethoden zu vereinen“, so Mandl.

Strategische Konzepte bei chronisch entzündlichen Erkrankungen

Priv.-Doz. Dr. Daniel Aletaha, Oberarzt an der Universitätsklinik für Innere Medizin III an der MedUni Wien, erläuterte in seinem Vortrag strategische Konzepte bei chronisch entzündlichen Erkrankungen. Beim ersten Konzept steht die frühe Therapie im Fokus. Es geht darum, den limitierenden Faktoren einer frühen Therapie entgegenzuwirken, denn frühe Therapie verhindert irreversible Schäden. Doch der Weg bis zur Therapie von RA-Patienten ist lang und führt über viele Stationen: Beginn der Erkrankung, erste Symptome, erster Kontakt mit dem medizinischen System, Überweisung zum Rheumatologen,

Diagnose. Die Wahrscheinlichkeit, die Funktion erhalten zu können, sinkt mit zunehmender Verzögerung der Diagnose und der daran anschließenden Therapie. Um den limitierenden Faktoren entgegenzuwirken, sollten Screenings ausgebaut und Prävention gefördert sowie mehr Awareness durch Öffentlichkeitsarbeit geschaffen werden. Aletaha betonte jedoch, dass der Effekt von Public Awareness sehr kurzlebig sei, für eine nachhaltige Wirkung müsste öffentlichkeitswirksame Informationsvermittlung regelmäßig wiederholt werden. Des Weiteren würden Überweisungshilfen einen zielsichereren Zugang zum Facharzt und die Definition von Krankheitskriterien eine schnellere Diagnosefindung ermöglichen. Er berichtete vom strategischen Konzept der nicht akutmedizinischen Triage. Dieses umfasst ein offenes System für alle Patienten mit muskuloskelettalen Beschwerden, bei dem die Patienten gefiltert werden müssen und je nach Bedarf an andere Fachgebiete oder zurück an den Zuweiser weitergeleitet werden, damit die Wartezeit der Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen auf einen Termin in der Spezialambulanz maximal eine Woche beträgt.

Das zweite Konzept, das Aletaha vorstellte, war das des zielgerichteten Managements. Dies beinhaltet folgende Schritte: erstens Therapieziel festlegen, zweitens Beurteilen des Erfolgs und drittens Handeln. Eine weitere wichtige Frage ist, ob Treat-to-Target und frühe intensivierte Therapie leistbar sind. Für Dr. Aletaha ist die Antwort eindeutig: „Schnelles ‚Treat-to-Target‘ führt zu Beginn auch zu höheren Therapiekosten, aber es können durch die frühe Kontrolle des Fortschreitens von Gelenkschäden sowie des Funktionsverlusts langfristig Kosten eingespart werden.“ Hier geht es also auch um unterschiedliche Perspektiven: Patienten und Ärzte möchten vorrangig eine Verbesserung der Outcomes erreichen, wohingegen für die Gesellschaft und Kostenträger die optimalen Kosten und optimale Ressourcennutzung im Vordergrund stehen.

Abschließend ging Aletaha noch auf das „Yin und Yang“-Konzept ein. Dabei geht es um die „Pareto“-Regel, die besagt, dass 80 Prozent der Ergebnisse schon mit lediglich 20 Prozent des Gesamtaufwandes erreicht werden können. Die verbleibenden 20 Prozent der Ergebnisse benötigen mit 80 Prozent die meiste Arbeit. Die Schlüsselfaktoren der strategischen Konzepte bei chronisch entzündlichen Erkrankungen seien: Früherkennung bzw. „patient awareness“, kurze Wartezeiten im spezialisierten System, rasche Diagnose und Therapie, zielgerichtetes Therapieren (Treat-to-Target), Einbettung von Erwartungen und Zielen in ökonomische Rahmenbedingungen sowie das Bewusstsein, dass bei der Therapie eine Optimierung nicht unbedingt eine Maximierung bedeute, so Aletaha abschließend.



Seltene Erkrankungen mehr Zulassungen für mehr Innovation

Prägnant

Beim European Health Forum Gastein wurde heuer intensiv über seltene Erkrankungen und innovative Therapiemethoden in Europa und in Österreich diskutiert. Neue Zulassungsmodelle könnten die Lücke zwischen den steigenden Forschungskosten und der Nachhaltigkeit in der Finanzierung des Gesundheitssystems schließen.
Von Dr. Nedad Memić

Seltene Erkrankungen sind komplex, oft nicht rasch genug oder überhaupt nicht diagnostiziert und bringen schwere Folgen mit sich. Sie sind für die medizinische Forschung und Praxis oft schwer erkennbar und werden dementsprechend spät therapiert. Nun gerät die Behandlung dieser Erkrankungen immer mehr in den Fokus der pharmazeutischen Forschung und Entwicklung und stellt das Gesundheitssystem dadurch vor einige neue Herausforderungen. Aus diesem Anlass organisierte die PERI Group in Kooperation mit Shire Österreich ein Gipfelgespräch auf der alten Schafalm in Alpbach zu diesem Thema: Insgesamt 400.000 Menschen in Österreich leiden an einer seltenen Erkrankung. Seltene Erkrankungen beginnen vielfach mit unspezifischer Symptomatik. Darüber hinaus stellen die Behandlungskosten eine zunehmende Herausforderung für das Gesundheitssystem dar. Eine Fortsetzung der Alpbacher Gespräche fand beim diesjährigen European Health Forum in Gastein (EHFG) statt, wiederum auf Initiative von Shire Österreich. Beim englischsprachigen Panel unter dem Titel „Rare Diseases: More Access, More Innovation – Lessons for Europe“ diskutierten unter der Moderation von Robert Madelin, dem ehemaligen Generaldirektor für Gesundheit und Verbrauchergelegenheiten in der Europäischen Kommission, Vertreter der Gesundheitspolitik, der Patientenorganisationen, der Ärzteschaft und der pharmazeutischen Industrie.

Dr. Clemens Martin Auer, Sektionschef im Bundesministerium für Frauen und Gesundheit und neu gewählter Präsident des EHFG, eröffnete die Diskussion. Dr. Auer konzentrierte sich dabei zunächst auf die Fragen der Finanzierung und Nachhaltigkeit des österreichischen Gesundheitssystems: „Österreich ist ein gutes Beispiel in Bezug auf den Zugang

zur Innovation und auf die Zulassung von Orphan-Arzneimitteln, sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor bzw. in den Krankenhäusern“, sagte Dr. Auer. Gleichzeitig warnte er vor stets steigenden Ausgaben im Bereich der hochpreisigen Arzneimittel: „Wenn wir die Innovation bei hochpreisigen Arzneimitteln immer mehr und immer weiter voranbringen, werden wir nicht imstande sein, das für eine unbegrenzte Zeit zu forcieren. Die Prognosen über die Kostenentwicklung von Orphan-Arzneimitteln sind gewaltig. Das gilt auch für Österreich als ein einkommensstarkes Land. Das ist eine Meinung, die auch meine Kollegen in der OECD, WHO und EU vertreten. Es gibt also ein Problem, über das wir mit der Pharmaindustrie reden müssen“, so Dr. Auer kategorisch.

Seltene Erkrankungen und hohe Kosten
„Momentan haben wir rund 7.000 diagnostizierte seltene Erkrankungen, die durchschnittlichen Kosten ihrer Therapie belaufen sich auf rund 120.000 Euro im Jahr“, führte Dr. Armin Fidler, Lektor am Master's Program International Health and Social Management am Management Center Innsbruck aus. „Selbst unter der Voraussetzung, dass wir nur zehn Prozent der diagnostizierten Fälle behandeln, bedeutet das Milliarden Euro an Kosten für das Gesundheitssystem“, so Dr. Fidler. Es wird geschätzt, dass sechs bis acht Prozent der österreichischen Bevölkerung an einer seltenen Erkrankung leiden. Das sind rund 400.000 Personen. Dr. Fidler sprach auch von einer Herausforderung, vor der die pharmazeutische Industrie in Bezug auf die Entwicklung von neuen Orphan-Arzneimitteln steht: „Es geht hier um einige Aspekte der Reputation. Eine der entscheidenden Herausforderungen, die wir momentan

in den USA sehen, ist die Umwandlung von bestehenden Molekülen von Arzneimitteln in neue und vielfach teurere Orphan-Formeln. Das ist nicht gut für die Industrie“, kritisierte Dr. Fidler und verglich die Situation mit einigen „faulen Äpfeln“, die den Ruf der Pharmaindustrie in ihrer Gesamtheit schädigen. Dr. Fidler sprach ebenfalls über innovative Finanzierungsmodelle für die Behandlung von seltenen Erkrankungen und zog Parallelen zur Entwicklung von Impfstoffen: „Die Weltbank und ihre Partner schufen ein Finanzierungsmodell mit Mechanismen wie das so genannte Advance Market Commitment für hochpreisige Impfstoffe für einkommensschwache Länder“, erklärte Dr. Fidler.

Für die Behandlung von seltenen Erkrankungen sprach Dr. Fidler über die Errichtung von Exzellenzzentren: „Solche Zentren in verschiedenen Ländern sollten in Bezug auf Behandlung, Behandlungsprotokolle und Auftragsvergaben zusammenarbeiten. Wir werden uns auch der Frage der Bedeutung von Big Data für klinische Studien widmen müssen. Eine der Lösungen wäre sicher die frühe Einbindung von Finanzierungsquellen und Transparenz in Bezug auf vergleichbare Leistungen.“

Deutschland als Vorbild

Als Gastgeberin und Vertreterin der Pharmaindustrie sprach Mag. Heidrun Irshik-Hadjieff, MBA, General Manager Shire Deutschland, Vice President DACH (Deutschland, Österreich Schweiz) über Fortschritte und Herausforderungen beim frühen Zugang zur Behandlung von seltenen Erkrankungen: „Wir haben in Alpbach einen Dialog gestartet. Alle Teilnehmer dort waren

der Meinung, dass das jetzige Gesundheitssystem in Österreich und seine Teilung in einen extra- und einen intramuralen Sektor etliche Herausforderungen für die Patienten beim frühen Zugang zur Behandlung von seltenen Erkrankungen birgt“, sagte Mag. Irshik-Hadjieff. Shire ist das zweitgrößte pharmazeutische Unternehmen in Österreich mit 3.500 Beschäftigten. Jeder fünfte Beschäftigte im österreichischen Pharmasektor arbeitet bei Shire. „Es wird geschätzt, dass einer von zehn EU-Bürgern von einer seltenen Erkrankung betroffen ist, darunter insbesondere Kinder“, so Irshik-Hadjieff. „Rund 50 Prozent aller seltenen Erkrankungen beginnen in der Kindheit und verkürzen die Lebenserwartung erheblich. Nur jedes dritte betroffene Kind lebt über seinen fünften Geburtstag hinaus“, stellte Mag. Irshik-Hadjieff fest und plädierte für mehr Behandlungen in der Zukunft. „Dank der Europäischen Orphan-Arzneimittelverordnung aus dem Jahr 2000 haben wir heute mehr Arzneimittel für die Behandlung von seltenen Erkrankungen auf dem Markt: Momentan sind es 135 Orphan-Arzneimittel mit einer Marktzulassung, 1.400 sind orphan-designiert und weitere 400 Medikamente befinden sich in Entwicklung.“ Die General Managerin von Shire Deutschland konzentrierte sich darüber hinaus auf die Situation in Österreich: „Wir glauben, dass die Patienten in Österreich um eine frühe Behandlung kämpfen müssen. Das widerspricht der EU-Orphan-Arzneimittelverordnung. In Österreich existiert nämlich immer noch kein spezifisches Health-Technology-Assessment, wenn es um die Orphan-Arzneimittel geht“, so Irshik-Hadjieff,

die gleichzeitig Deutschland als ein Best-Practice-Beispiel anführte. Nach dem deutschen AMNOG (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz) dauere es nur sechs Monate von der Marktzulassung bis zur Bewertung eines Orphan-Arzneimittels. Aus diesem Grund plädierte Mag. Irshik-Hadjieff für einen offenen Dialog mit der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission bzw. mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. „Darüber hinaus müssen wir über eine Reduzierung der Zeitspanne zwischen der Marktzulassung und der Verfügbarkeit von Arzneimitteln diskutieren“, ist Mag. Irshik-Hadjieff überzeugt.

„Immediate Access Model“ als Vorschlag

In diesem Zusammenhang schlug sie ein „Immediate Access Model“ vor, das für eine begrenzte Zeit gelten soll. „Dieses Modell sieht klare Auswahlkriterien und Bedingungen vor: eine sofortige Verfügbarkeit auf zwei oder drei Jahre mit einer provisorischen Rückerstattung und Preisfestsetzung. Wir würden uns dann auf ein Register einigen, das realitätsgetreue Prüfergebnisse (real-world evidence outcomes, Anm. Red.) generiert und klinische Studien mit der Effektivität in der Praxis vergleicht“, beschrieb Mag. Irshik-Hadjieff. Nach dieser Frist würde eine Neubewertung erfolgen.

Mag. Irshik-Hadjieff ist von den Vorteilen eines solchen Modells überzeugt: „Alle würden davon profitieren: das Gesundheitssystem als Kostenträger, weil man so Planbarkeit und Sicherheit über die Auswirkungen auf das Budget hätte. Patienten würden auch von einer frühen Zulassung profitieren, und pharmazeutische Unternehmen würden Daten über Überlappungen und Diskrepanzen zwischen den Studien und der Praxis bekommen“, erklärte Mag. Irshik-Hadjieff und lud zu mehr Zusammenarbeit in diesem Bereich ein, um hier nachhaltige Lösungen zu finden. In einer ersten Reaktion auf Mag. Irshik-Hadjieffs Vorschlag über das „Immediate Access Model“ zeigte Dr. Clemens Martin Auer seine Bereitschaft zum Dialog, warnte aber gleichzeitig vor einer unzureichenden Regulierung in diesem Bereich: „Die Verordnung aus dem Jahr 2000 geht zugunsten der Pharmaindustrie, sodass momentan mehr Arzneimittel als Orphan-Arzneimittel daherkommen, ohne aber im eigentlichen Sinn Orphans zu sein. Also wir haben auch hier ein Problem. Das heißt: Wir müssen vorher die Marktregulierung für Orphan-Arzneimittel überdenken“, so Dr. Auer, der sich gleichzeitig dafür einsetzte, mehr Energie zu investieren, um auch Assessment-Methodologien zu verbessern. Auch Dr. Armin Fidler unterstützte das „Im-

mediate Access Model“, aber unter bestimmten Voraussetzungen: „Wir brauchen Transparenz in Bezug auf finanzielle Mittel, die für die Forschung von seltenen Erkrankungen verwendet werden.“

Dr. Alexander Natz von EUCOPE (European Confederation of Pharmaceutical Entrepreneurs) setzte sich ebenfalls für einen frühen Dialog zwischen den Kostenträgern und der Industrie ein. „Von 50 Orphan-Arzneimitteln, die nach dem Inkrafttreten der AMNOG-Verordnung in Deutschland zugelassen wurden, wurde nur ein Orphan vom Markt genommen“, erklärte Natz, der das Publikum über einige Initiativen auf der europäischen Ebene im Bereich der seltenen Erkrankungen informierte: „Momentan gibt es Diskussionen in verschiedenen Foren auf europäischer Ebene, u.a. bei EURODIS (Europäische Patientenorganisation für Seltene Krankheiten), wo man nicht nur die Prinzipien des Health-Technology-Assessments für Orphan-Arzneimittel, sondern auch Möglichkeiten der frühen Zulassung und der Gewährleistung von Nachhaltigkeit und Planbarkeit für Kostenträger und Patienten berücksichtigt“, erklärte Dr. Natz. „Die Industrie ist bereit, Vereinbarungen über Frühzulassungen in Angriff zu nehmen, wenn sie

auf Augenhöhe zwischen dem Kostenträger und der Industrie getroffen werden“, so Dr. Natz. „Wir repräsentieren kleinere und mittlere hochinnovative Unternehmen, die sehr bereit sind, sich an Pilotprojekten im Bereich seltene Erkrankungen zu beteiligen“, sagte der EUCOPE-Generalsekretär.

In der anschließenden Diskussionsrunde mit dem zahlreich vertretenen Fachpublikum wurde die Notwendigkeit eines weiteren Dialogs zwischen Industrie, Entscheidungsträgern und Patientenorganisationen hervorgehoben. Patientenorganisationen wie das Europäische Patientenforum haben bereits eine Reihe an Vorschlägen zu den Fragen der Kosten von Orphan-Arzneimitteln unterbreitet und erklären sich zu weiteren Diskussionen bereit. Diese müssen die Innovation stärken, aber gleichzeitig auch die Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems gewährleisten. Aus der EMA (European Medicines Agency) wurde unterdessen betont, dass es immer noch eine starke Diskrepanz zwischen der Zahl von Produkten gibt, die orphan-designiert sind, und denjenigen, die eine Marktzulassung bekommen. Dieser Dialog muss die Innovation stärken, aber gleichzeitig auch die Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems gewährleisten.

Shire



Teilnehmer

(in alphabetischer Reihenfolge)

Dr. Clemens Martin **AUER**
Sektionsleiter der Sektion 1 im österreichischen Bundesministerium für Frauen und Gesundheit, Präsident des European Health Forums Gastein

Dr. Armin **FIDLER**
Lektor, Management Center Innsbruck
Mag. Heidrun **IRSHIK-HADJIEFF**, MBA
General Manager Shire Deutschland, Vice President DACH (Deutschland, Österreich, Schweiz)

Dr. Alexander **NATZ**
Generalsekretär, EUCOPE

Moderation:

Robert **MADÉLIN**
Vorsitzender und Chefstrategie, Fipra International, ehemaliger Generaldirektor für Gesundheit und Verbrauchergelegenheiten in der Europäischen Kommission

WISSENSCHAFT

Reflexion österreichischer Forschungsvielfalt beim zweiten Roche Science Talk



Ein spannender Querschnitt durch das Spektrum zukunftsweisender Innovationen zeigte sich auch beim zweiten Roche Science Talk, der am 16. November stattfand. Vor rund 90 Teilnehmern wurden 35 von Roche geförderte, unabhängige akademische Forschungsprojekte aus den Bereichen der Immuno-Onkologie, Hämatologie, Urologie, Neurologie, Dermatologie, Gynäkologie, Pulmologie und Rheumatologie von Wissenschaftlern aus ganz Österreich vorgestellt und diskutiert. „Wir haben den Roche Science Talk vor einem Jahr ins Leben gerufen, um wichtigen Projekten der österreichischen Forschung eine angemessene Plattform zu bieten und das breite Spektrum der heimischen Wissenschaft zu präsentieren“, so Dr. Titus Gylvin, Geschäftsführer von Roche. „Es sind die Wissenschaftler, die reale Chancen für Patienten und deren Angehörige schaffen. Als führendes forschungsorientiertes Unternehmen ist unsere Passion dabei klar auf die personalisierte Medizin und den Menschen im Mittelpunkt ausgerichtet.“

Roche Science Awards: Innovationen für die Zukunft

Nach den Projektpräsentationen und der darauffolgenden Poster-Session stellte die Verleihung der 2. Roche Science Awards den Höhepunkt des Abends dar. „Mit der Verleihung des Preises wollten wir die Innovationskraft und den erkennbaren Nutzen der jeweiligen Forschungsprojekte für den Patienten auszeichnen. Dank unserer Experten dürfen wir Österreich zu den führenden Forschungsstandorten in Europa zählen – um diesen hohen Standard beizubehalten, gilt es, das Potenzial unserer Wissenschaftler weiterhin zu fördern“, erläutert Priv.-Doz. Dr. Johannes Pleiner-Duxneuner, Medical Director bei Roche Austria. Wie auch letztes Jahr wurde der Preis – dotiert mit 5.000 Euro – zwischen zwei Fachbereichen gesplittet. Aus dem Fachbereich Neu-

rologie wurde die Pilotstudie von Ass.-Prof. Priv.-Doz. Mag. Dr. Paulus Rommer über die Rolle von Viren in der Pathogenese von multipler Sklerose ausgezeichnet. Die zweite Auszeichnung erhielt das Onkologieprojekt von Dr. Simon Gampenrieder: „Low expression of miR-20a-5p predicts benefits to bevacizumab in metastatic breast cancer patients treated within the TANIA trial“. Die Gewinner bedankten sich im Namen ihrer Teams für den Roche Science Award und die Unterstützung ihrer Projekte. Vorsitz sowie Jury beim 2. Roche Science Talk bildeten die renommierten Experten Univ.-Prof. Dr. Thomas Berger, Prim. Univ.-Prof. Dr. Richard Greil, Univ.-Prof. Dr. Christian Marth, Priv.-Doz. Dr. Herwig Pieringer, Assoc. Prof. DDr. Johann Sellner und Univ.-Prof. Dr. Michael Steuer.

Weitere Stimmen zum Roche Science Talk

Priv.-Doz. Dr. Herwig Pieringer Kepler Universitätsklinikum Linz

Da es derzeit für die Behandlung der Polymyalgia rheumatica im Wesentlichen lediglich Kortison gibt, sind Forschung und Weiterentwicklung im Bereich der Behandlung der Polymyalgia rheumatica sehr zu begrüßen.

Univ.-Prof. Dr. Christian Marth Universitätsklinik Innsbruck

Die Ergebnisse dieses Science Talks zeigen eindrucksvoll, dass Forschung nicht etwas ist, das nur im Labor geschieht, sondern dass die Ergebnisse direkt den Patienten zugutekommen.

Univ.-Prof. Dr. Thomas Berger Medizinische Universität Innsbruck

Der Roche Science Talk 2017 zeigt eindrucksvoll, wie innovative und nachhaltige

Forschungsergebnisse aus der Kooperation zwischen Akademie und Industrie entworfen werden können.

Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Steuer Universitätsklinik Innsbruck

Roche zeigt mit dieser Veranstaltung, wie wichtig beständige Forschung im Bereich der Onkologie ist.

Assoc. Prof. DDr. Johann Sellner Christian-Doppler-Klinik Salzburg

Mit unserer Arbeit schaffen wir ein Bewusstsein für das bislang wenig beachtete Symptom der Sprachstörungen bei multipler Sklerose. Immerhin leiden 68 Prozent der Patienten an solcher Dysarthrie mit motorischen Problemen bei der Stimmbildung. Je länger die Erkrankung dauert, desto schwerer wird die Dysarthrie, über die Patienten oft gar nicht berichten. Hierauf die Aufmerksamkeit zu lenken und Langzeiteffekte zu erforschen ist unser Ziel.

Priv.-Doz. Dr. Daniel Aletaha Medizinische Universität Wien

Patienten mit Polymyalgia rheumatica sind nach wie vor sehr stark auf die Glucocorticoidtherapie angewiesen, die klinisch rasche Verbesserungen, jedoch auch viele ungünstige Nebenwirkungen für die Patienten mit sich bringt. Wir hoffen, dass durch unsere Forschung an Therapiealternativen die Last der Glucocorticoidtherapie und die Risiken für glucocorticoidassoziierte Nebenwirkungen reduziert werden kann.

Prim. Univ.-Prof. Dr. Richard Greil

Christian-Doppler-Klinik Salzburg

Die personalisierte Medizin gewinnt immer mehr an Wichtigkeit. Rund zwanzig Prozent aller Neoplasien stellen seltene bis sehr seltene Tumore dar. Die Gensequenzierung und die damit einhergehende umfassende Identifizierung des Genoms von Tumormustern und zirkulierender Tumor-DNA birgt enormes Zukunftspotenzial zur Optimierung von Therapieentscheidungen bei Krebspatienten.

Dr. Simon Gampenrieder

Christian-Doppler-Klinik Salzburg

Avastin®, ein rekombinanter monoklonaler Antikörper, welcher die Angiogenese durch Bindung an den vaskulären endothelialen Wachstumsfaktor (VEGF) hemmt, ist von der Europäischen Arzneimittelagentur gemeinsam mit Chemotherapie für die Behandlung von metastasiertem Darm-, Nieren-, Eierstock- und Gebärmutterhalskrebs sowie bestimmten Arten von metastasiertem Lungen- und Brustkrebs zugelassen. Es ist uns jedoch sehr wichtig vorherzusagen, welche Patienten genau von Avastin® profitieren. Die TANIA-Studie wird durch die Detektion bestimmter Mikro-RNAs im Krebsgewebe vielversprechende Ergebnisse zur Vorhersagbarkeit liefern.

Ass.-Prof. Priv.-Doz. Mag. Dr. Paulus Rommer

Medizinische Universität Wien

Die genauen Ursachen für die Krankheit multiple Sklerose sind noch immer nicht erforscht. Bis jetzt standen mehrere Viren im Verdacht, MS auszulösen. Im Vordergrund stehen das Epstein-Barr-Virus sowie endogene Retroviren. Nach dieser Theorie hätten beispielsweise Patienten, die in ihrer Jugend an Pfeifferschem Drüsenfieber erkrankt waren, ein höheres Risiko für MS. Beweise für die virale Genese standen bislang jedoch aus. Nun gibt es eine Pilotstudie, um die tatsächliche Virusbeteiligung nachzuweisen. Es könnte von essenzieller Wichtigkeit sein, erworbene oder eventuell vererbte Viren bereits im Genom junger Menschen zu identifizieren.



wissenschaft

Roche Science Talk



Medizin mit menschlichem Antlitz

Ende September wurde in Wien ein neues Gesundheitszentrum für obdach- und wohnungslose Menschen eröffnet. Im Fokus stehen medizinische Interdisziplinarität, Pflege und psychologische Unterstützung. Weniger als zwei Prozent der österreichischen Bevölkerung sind nicht krankenversichert.

Von Dr. Nedad Memić

„Jeder ist willkommen“ – das ist das Motto des neunerhauses, einer Sozialorganisation in Wien, die obdachlosen Menschen hilft, ihre Lebenssituation zu verbessern. Auch im Gesundheitsbereich, denn Obdachlosigkeit und Krankheit sind oft schwer voneinander zu trennen. Neben einer Arzt- und Zahnarztpraxis sowie mobilen Teams, die rund 4.000 wohnungs- und obdachlose Menschen im Jahr versorgen, eröffnete das neunerhaus Ende September eine weitere medizinische Einrichtung in Wien. Im Beisein des Bundespräsidenten Dr. Alexander Van der Bellen wurde das neue Gesundheitszentrum des neunerhauses in Wien-Margareten offiziell eingeweiht. Auf rund 800 Quadratmetern Ordinationsfläche werden ärztliche und zahnärztliche Versorgung für wohnungslose und sozial benachteiligte Menschen angeboten. „Mit dem neuen Gesundheitszentrum reagieren wir auf die seit Jahren steigende Patientinnen- und Patientenzahl, wagen einmal mehr einen großen Schritt in die Zukunft und setzen Maßstäbe in der niederschwelligen Gesundheitsversorgung“, sagt Mag. Markus Reiter, Geschäftsführer des neunerhauses anlässlich der Eröffnung des Gesundheitszentrums. Tatsächlich ist die Zahl der vom neunerhaus versorgten Patienten in den letzten Jahren dramatisch gestiegen: 2010 wurden dort 1.498 Patienten behandelt, 2016 waren es 3.966. Alleine im letzten Jahr stieg die Zahl der Behandlungen um 12 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Auch in Zukunft rechnet das neunerhaus mit einem Anstieg von Patientenzahlen: Bis 2020 werden dort jährlich rund 6.000 Personen medizinisch versorgt. Dabei bietet das neunerhaus ärztliche Hilfe nicht nur für wohnungs- und obdachlose Menschen, sondern auch für Personen ohne Anspruch auf die Krankenversicherung oder für Menschen auf der Flucht.

Medizin für alle

Das Gesundheitszentrum wurde von Bundespräsident Dr. Alexander Van der Bellen feierlich eröffnet. In seiner Rede betonte er die Bedeutung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung: „Im neunerhaus haben viele Menschen gefunden, was sie so dringend brauchen: einen Platz, wo die medizinische und die menschliche Behandlung nicht von der sozialen Schicht, von der Herkunft, von einem Beruf, vom Alter oder vom äußeren Zustand abhängt“, so Van der Bellen.

Das neue Gesundheitszentrum in der Margaretenstraße 166 bietet neben einer Arzt- und einer Zahnarztpraxis auch fachärztliche Angebote und eine psychologische Unterstützung. Die barrierefreie Arzt- und Zahnarztpraxis hat an fünf Tagen in der Woche geöffnet, eine tierärztliche Versorgung steht drei Tage in der Woche zur Verfügung. Neben dem Gesundheitszentrum entsteht an derselben Adresse auch ein neunerhaus-Café. Im neunerhaus hofft man, dass das neue Zentrum zur Adresse Nummer eins für alle wohnungslosen und sozial benachteiligten Menschen in Wien wird. 47 Mitarbeiter sorgen derzeit im neunerhaus für die medizinische Versorgung. Davon sind 13 Allgemeinmediziner und 25 ehrenamtliche Zahnärzte. Die Patienten sind mehrheitlich Männer im mittleren Alter. So waren 63 Prozent aller im letzten Jahr in der Arztpraxis behandelten Patienten Männer, das Durchschnittsalter der Patienten betrug 37 Jahre. Gleichzeitig waren von allen in der Zahnarztpraxis behandelten Patienten 67 Prozent Männer. Durchschnittlich waren die Patienten 40 Jahre alt. „Im letzten Jahr haben unsere Zahnärzte 926 Stunden ehrenamtliche Arbeit geleistet“, sagt Nikolaus Kunrath, Pressesprecher vom neunerhaus.

Alarmierende Zahlen

„Wohnungslosigkeit und unsichere Lebenssituationen bringen ein höheres Risiko, krank zu werden“, so Kunrath. Dabei können gesundheitliche Probleme die Wohnungslosigkeit verlängern. In diesem Zusammenhang sind die Zahlen über Erkrankungen bei Wiener Obdachlosen alarmierend: 75 Prozent der wohnungslosen Personen in Wien geben an, ein

oder mehrere gesundheitliche Probleme zu haben. Auch im neunerhaus gehören Multimorbiditätsfälle zum Alltag: Durchschnittlich leiden hier Patienten an über sechs Diagnosen gleichzeitig. Viele Obdachlose finden jedoch keinen Weg zur ärztlichen Hilfe oder werden sehr spät therapiert. Das verschlechtert in der Regel ihr Krankheitsbild.

Laut neunerhaus sind die häufigsten Krankheitsbilder, an denen wohnungslose und sozial benachteiligte Personen leiden, psychische Erkrankungen, insbesondere Alkohol- und Drogensucht sowie Depressionen. Gefolgt werden sie von Erkrankungen der Atmungsorgane, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Stoffwechselerkrankungen und Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems. Ein weiteres Problem für Menschen in sozialen Notlagen sind zahlreiche Hürden im Gesundheitssystem: „Viele obdachlose Menschen haben Angst, die Hilfe von einem Arzt in Anspruch zu nehmen“, sagt Nikolaus Kunrath. Dazu kommen oft Scham und Angst vor etwaigen Kosten der medizinischen Versorgung.

Laut letzten Zahlen aus dem Jahr 2005 gibt es in Österreich rund 150.000 Personen, die nicht krankenversichert sind, das sind weniger als zwei Prozent der Gesamtbevölkerung. Besonders betroffen sind davon Migranten ohne regulären Status bzw. Aufenthaltstitel in Österreich. Neben dem neunerhaus existieren in Wien auch andere Ambulanzen, in denen Personen ohne gültige Krankenversicherung eine medizinische Versorgung bekommen können, einige von ihnen sind z. B. Ambed-Med, eine Initiative des Österreichischen Roten Kreuzes und des Diakonischen Flüchtlingsdienstes, oder die Ambulanz im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder. Große Ambulanzen für Menschen in Not sind jedoch meistens auf große Städte im Osten des Landes konzentriert: So wird medizinische Hilfe für obdachlose bzw. nicht versicherte Personen noch in der Marienambulanz in Graz angeboten.



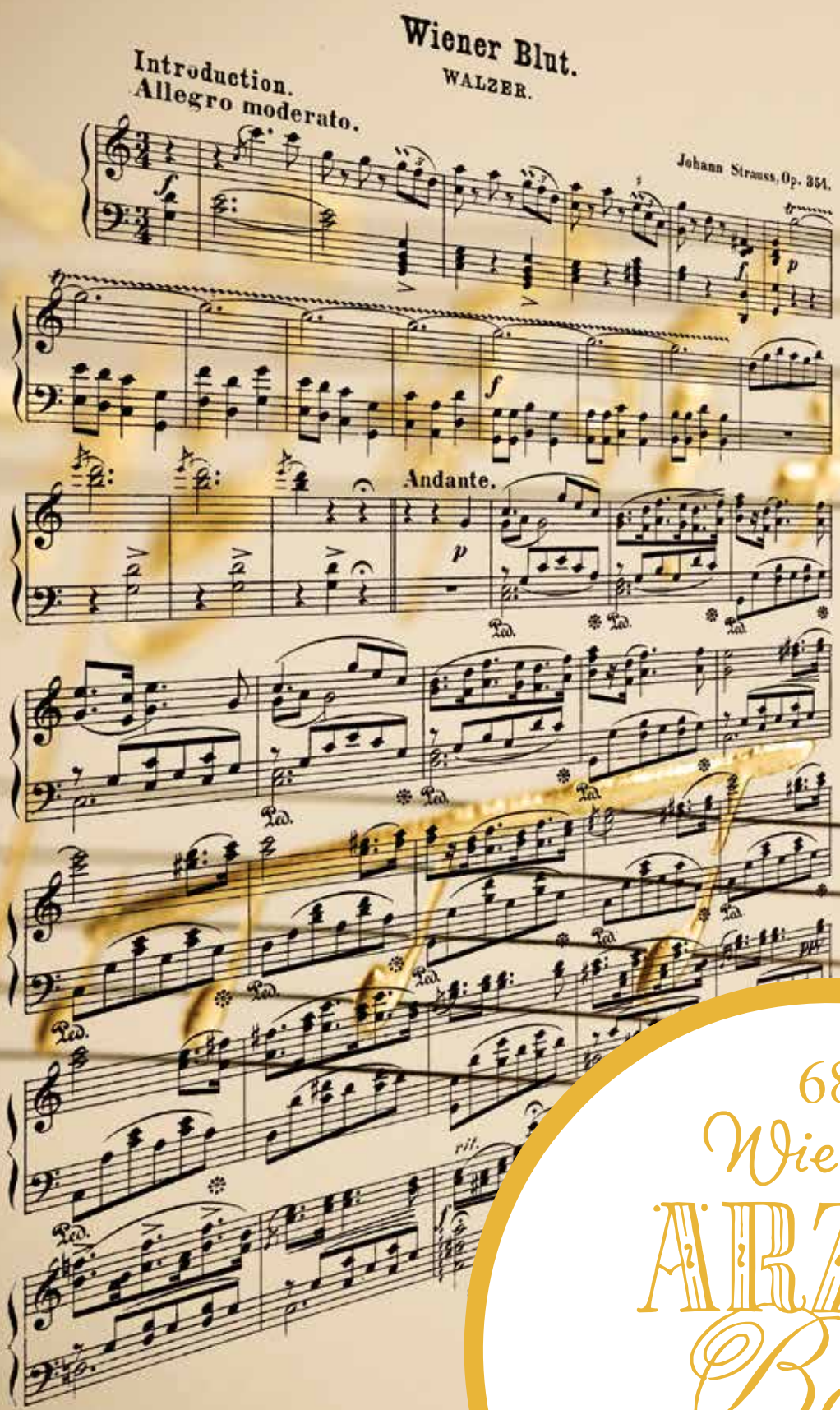
v.l.: Richard Greil, Simon Gampenrieder, Johannes Pleiner-Duxneuner



v.l.: Richard Greil, Paulus Rommer, Johannes Pleiner-Duxneuner



Bundespräsident Dr. Alexander van der Bellen (3. v.l.) und Wiens Gesundheitsstadträtin Sandra Frauenberger (3. v.l.) bei der Eröffnung des Gesundheitszentrums.



68.
Wiener
ÄRZTE
Ball

SAMSTAG, 27. JÄNNER 2018
IN DER HOFBURG

EINLASS: 20.00 UHR

FESTLICHE ERÖFFNUNG: 21.30 UHR
(FANFAREN, EINZUG DER EHRENGÄSTE UND ERÖFFNUNGSKOMITEE)

MITTERNACHTSEINLAGE: 00.00 UHR

PUBLIKUMSQUADRILLE: 03.00 UHR

EINTRITTSPREISE

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

BALLBÜRO in der Ärztekammer für Wien

1010 Wien, Weihburggasse 10-12, Telefon +43 1 51501 1234,
Fax +43 1 512 60 23-1259. Öffnungszeiten ab 10. Jänner bis 26. Jänner 2018:
Mi. 10-17 Uhr, Do. 11-20 Uhr, Fr. 10-17 Uhr
aerzteball@aekwien.at | www.aerzteball.at

KLEIDUNG

Ausschließlich bodenlanges Abendkleid, schwarzer Frack mit Dekoration, schwarzer Smoking, Gala-Uniform. Eintritt nur mit vorschriftsmäßiger Kleidung.

RESERVIERUNGEN (Tische und Karten) werden schriftlich an reservierungen.aerzteball@aekwien.at entgegengenommen. Das Online-Reservierungssystem über die Homepage www.aerzteball.at beginnt im Oktober 2017.