



FOTO: ANDREAS KRENN

Brustkrebsfrüherkennung

» Mammographie, Ultraschall und Doppelbefund:
Angelpunkte einer Debatte um Österreichs Vorsorgeprogramm

Patientensicherheit

Neue Sicherheits- und Fehlerkultur
statt Suche nach Schuldigen

Ganzheitsmedizin

Serie: Komplementärmedizinische
Verfahren im Blickpunkt

Fortbildung

Lehrgang für Selbsthilfe-
unterstützer ab Mai

» Ausgabe 1/2011

Die Zeitschrift der
ARGE Selbsthilfe
Österreich

Gastkommentar



FOTO: HV D. ÖST. SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

Selbsthilfe als unverzichtbarer Partner für die österreichische Sozialversicherung

Die im **Masterplan Gesundheit¹** vorgeschlagenen Maßnahmen stehen unter dem Motto „von der einrichtungsorientierten Finanzierung zur patientenorientierten Versorgung“. Gerade die Selbsthilfe ist für uns dabei ein wesentlicher Stakeholder.

Selbsthilfegruppen suchen bewusst einen Weg gemeinschaftlicher Problembewältigung bei chronischen Krankheiten und fungieren als Netzwerk, in dem körperliche, psychische und soziale Bedürfnisse aufgefangen werden. Sie sind Ansprechpartner zur Klärung der Bedürfnisse der Patienten mit speziellen Krankheitsbildern für Selbsthilfeinteressierte, professionelle Helfer, Krankenversicherungsträger, Behörden und die Öffentlichkeit. Sie stärken Eigenverantwortung und Handlungskompetenz und leisten damit im klassischen Sinne Hilfe zur Selbsthilfe. Ein unabhängiges Handeln der Selbsthilfegruppen – unbeeinflusst von Anbietern im Gesundheitswesen – ist nur bei einer ausreichenden öffentlichen Finanzierung gewährleistet. Dieses Bekenntnis findet sich auch im aktuellen Regierungsübereinkommen.

Wir werden die Selbsthilfebewegung auf ihrem Weg weiterhin unterstützen, denn Selbsthilfegruppen sind mit ihrer wertvollen und professionellen Arbeit für uns ein unverzichtbarer Partner.

*Dr. Hans Jörg Schelling
Vorsitzender des Verbandsvorstandes
Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger*

¹ Den Masterplan finden Sie als Download unter » www.hauptverband.at in der Rubrik „Pressecenter“.



FOTO: ANDREAS KRENN

Unser Titelfoto:

DDr. Oskar Meggeneder ist seit einigen Jahren Obmann der Selbsthilfe Oberösterreich. Der Sozial- und Wirtschaftswissenschaftler war bereits in der Zeit vor seiner Pensionierung als Ressortdirektor der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse dem Selbsthilfewesen eng verbunden. Derzeit engagiert er sich ehrenamtlich als Proponent der ARGE Selbsthilfe Österreich.

Kurz gemeldet



FOTO: AMA SZ PARTNER

Medikamenten- transparenz im Internet

Das sogenannte Ökotool (Datenbank zur Medikamentenauswahl) ist seit einigen Monaten nicht nur für Ärzte, sondern für alle Interessierten online zugänglich. Die Website ist auch für Laien einfach zu bedienen. Patienten können sich so zum Beispiel darüber informieren, ob sie bei der Umstellung einer Medikation durch den Arzt ein Produkt mit gleicher oder mit ähnlicher Wirkstoffzusammensetzung erhalten haben. Gleiches gilt, wenn ärztlich verordnete Medikamente in Apotheken nicht lagernd vorhanden sind und vom Apotheker durch alternative Arzneien ersetzt werden.

Andere Fragen, die durch Einsicht in das Ökotool geklärt werden können: Ist eine verordnete Tablette teilbar? Können mit einem Rezept unter Umständen (etwa vor Urlaubsantritt) zwei Packungen frei verschrieben werden? Welche Packungsgrößen sind im Grünen und Gelben Bereich des Erstattungskodex verfügbar? Der dieses Service unterstützende Hilfetext erklärt die verwendeten Kürzel so genau, dass sich auch der medizinische Laie zurechtfindet. (EPI)

Ökotool im Internet: » www.erstattungskodex.at

Infotool zum Erstattungskodex (Erstversion)

Bitte geben Sie den gewünschten Suchbegriff mit mind. 4 Zeichen ein.

Suche nach Arztespezialitäten:

Suche nach Wirkstoff:

Gleicher Wirkstoff: **Baricitinib**

| Arzneimittel | Phy | OP | B | Pharm | STP | STP/ST | Phy |
|---------------------|------|----|-----|-------|------|--------|-----|
| Reparon 2 mg/100 mg | 0,50 | 1 | IND | 33,10 | 5,52 | 07 | |

Vergleichbarer Wirkstoff: **Baricitinib** **Baricitinib**

| Arzneimittel | Phy | OP | B | Pharm | STP | STP/ST | Phy |
|-------------------------|------|----|-----|-------|------|--------|-----|
| Baricitinib 2 mg/100 mg | 0,50 | 1 | IND | 33,20 | 5,52 | 07 | |
| Baricitinib 2 mg/100 mg | 0,50 | 1 | IND | 33,20 | 5,52 | 07 | |
| Baricitinib 2 mg/100 mg | 0,50 | 1 | IND | 33,20 | 5,52 | 07 | |
| Baricitinib 2 mg/100 mg | 0,50 | 1 | IND | 33,10 | 5,52 | 07 | |
| Baricitinib 2 mg/100 mg | 0,50 | 1 | IND | 33,10 | 5,52 | 07 | |

FOTO: HAUPTVERBAND



Pharmig zu Masterplan und Selbsthilfe

Der Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs (Pharmig) begrüßt den vom Hauptverbandsvorsitzenden Dr. Hans Jörg Schelling präsentierten „Masterplan Gesundheit“ und unterstützt die darin enthaltene Forderung nach einer Stärkung der Selbsthilfestrukturen. „Auch das mittelfristige Ziel einer unabhängigen öffentlichen Finanzierung der österreichischen Selbsthilfestrukturen ist der Pharmaindustrie wichtig“, heißt es in einer Presseaussendung auf der neu gestalteten Pharmig-Website. „Die Pharmig war als Erste zur Stelle, die ARGE Selbsthilfe mit einer fixen Anschubfinanzierung zu fördern, zu der sich später eine Unterstützung des Hauptverbandes gesellte.“

» www.pharmig.at



FOTO: ANNA STÖCHER

Neue „Kummernummer“

Die Ö3-Kummernummer, die der Radiosender zusammen mit dem Roten Kreuz betreibt, ist unter der neuen Kurzrufnummer 116 123 erreichbar. Diese Nummer wird in ganz Europa für je eine Lebenshilfeline pro Land vergeben. In Österreich sind unter 116 123 ehrenamtliche Rot-Kreuz-Mitarbeiter für Menschen mit Sorgen erreichbar – aus allen Netzen zum Nulltarif.

Informationskampagne zu Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung ist eine schriftliche Erklärung, mit der man bereits im Vorfeld bestimmte medizinische Behandlungen ablehnen kann. Das Österreichische Rote Kreuz und die Österreichische Notariatskammer kooperieren seit drei Jahren und betreiben ein rund um die Uhr einsehbares Register; registrierte Krankenanstalten können jederzeit anfragen, ob ein Patient eine Verfügung eingerichtet und registriert hat. In den kommenden Wochen sollen die Krankenanstalten erneut informiert und zur Registrierung aufgefordert werden.



FOTO: TIMOTHY LANGE

WO DER SCHUH DRÜCKT

Neue finanzielle Hürden für Pflegebedürftige

Das seit 1. Jänner gültige Budgetbegleitgesetz 2011 führt zu etlichen Verschlechterungen der Situation von pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen.

Bezieher von Pflegegeld sowie Gehörlose und schwer hörbehinderte Personen waren bisher vom Fernsprechentgelt, also der Telefongrundgebühr befreit. Die Befreiung galt unabhängig vom Einkommen. Seit 1. Jänner 2011 wird die Gebührenbefreiung vom Einkommen abhängig gemacht. Somit entfällt der Zuschuss bei Pflegegeldbeziehern oder schwer hörbehinderten Personen, deren monatliches Einkommen über der für eine GIS-Gebührenbefreiung maßgeblichen Grenze von 888,61 Euro liegt. Zwar gilt das Pflegegeld, das pflegebedürftige Personen erhalten, nicht als Teil des Einkommens. Dennoch reiche es bei sehr vielen Betroffenen längst

nicht mehr aus, um den Alltagsbedarf zu decken, sagt Dr. Regina Baumgartl, Generalsekretärin des Kriegsopfer- und Behindertenverbandes Österreich (KOBV). „Durch die langjährige Nichtvalorisierung der Pflegegelder sind diese Beträge stark entwertet worden, auf der anderen Seite sind die Pflegekosten laufend angestiegen, sodass die Pflegebedürftigen – soweit sie sich die notwendige Pflege überhaupt noch leisten können – immer mehr von ihrem Einkommen zur Abdeckung des pflegebedingten Aufwandes verwenden müssen.“ Als neues Zugangskriterium zur Gebührenbefreiung wurde außerdem die Volljährigkeit des Antragstellers eingeführt, sodass es künftig nicht mehr möglich sein wird, eine Gebührenbefreiung bei Anmeldung des Fernsprechanchlusses auf ein behindertes Kind zugestanden zu bekommen.

Baumgartl empört an der neuen Gesetzeslage, dass sie still und heimlich von der Regierung herbeigeführt wurde. „Es gab auch früher immer wieder Vorstöße in diese Richtung, und wir konnten durch Diskussion verhindern, dass die Befreiung aufgehoben wird. Diesmal wurde das Gesetz jedoch beschlossen, ohne ein Begutachtungsverfahren durchzuführen.“ Tatsächlich wurde die Regierungsvorlage wenige Tage vor Weihnachten (20. 12. 2010) vom Nationalrat abgesegnet, um bereits zwölf Tage später mit Jahresbeginn 2011 in Kraft zu treten. Und dies vor dem Hintergrund der ebenfalls 2011 in Kraft getretenen erschwerten Zugangsbestimmungen für die Pflegegeldstufen 1 und 2, die für einen großen Teil pflegebedürftiger Personen zu massiven finanziellen Einbußen führen. (EPI)

FOTO: XIANGYANG ZHANG



PATIENTENRECHT

Patientensicherheit, quo vadis?

» Das moderne Medizinsystem ist fehleranfällig, doch es braucht keine Suche nach Schuldigen, sondern eine neue Sicherheits- und Fehlerkultur. Darin sind sich alle Experten einig.

Ja, die moderne Medizin ist enorm leistungsfähig, doch infolge ihrer Komplexität auch stör- und fehleranfällig. Unerwünschte Auswirkungen von Behandlungen können zu Komplikationen, schwerwiegenden Schädigungen und menschlichem Leid führen. Fehler passieren nun einmal, aber es ist der Umgang mit ihnen, der eine entscheidende Rolle für die Sicherheit der Patienten spielt.

„Wir müssen weg von unserer hergebrachten Fehlerkultur hin zu einer Sicherheitskultur. Es ist leider Tradition, für jeden Fehler einen Schuldigen zu suchen, doch stattdessen sollte besser die Frage gestellt werden, was die Ursache im System ist, und nicht wer Schuld hat. Es muss möglich sein, Fehler vermeiden zu können, ohne Angst vor Konsequenzen haben zu müssen“, sagte die Juristin und Geschäftsführerin der Österreichischen Plattform Patientensicherheit, Dr. Maria Kletecka-Pulker, bei einer Tagung zum Thema „Erfolgreich Schaden vermeiden“ im November.

Wie Ärzte Recht nützen sollten

Die Juristin beklagte in ihrem Referat auch, dass es bislang in der Ärztausbildung keine Rechtsausbildung gibt und dass viele Ärzte das Recht als hinderlich empfinden. So werde etwa die Aufklärungspflicht von vielen Medizinerinnen als eine Art Haftungsfall empfunden, und es gebe auch in

FOTO: PRIVAT



UNIV.-PROF. DR. PETER HUSSLEIN, RICHTSGUTACHTER UND LEITER DER UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR FRAUENHEILKUNDE AN DER MEDIZINISCHEN UNIVERSITÄT WIEN

„Der Arzt hat mit seiner ärztlichen Kompetenz und der Patient mit seiner Kompetenz über seine Lebensführung in den Dialog einzutreten.“

anderen Bereichen zahlreiche Missverständnisse. Dabei biete das geltende Recht die Möglichkeit, es aktiv zu nutzen und zu gestalten (etwa indem man Vereinbarungen trifft), wobei der einzelne Arzt sich Kenntnis über die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Ausübung seines Berufs aneignen, den Patienten als gleichberechtigten Partner im Behandlungsvertrag anerkennen und ein Vertrauensverhältnis zu ihm aufbauen sollte. Er sollte ihm weiters verständliche Informationen über eine anstehende Behandlung zukommen lassen, sich nicht primär durch vorgefertigte Formulare in seiner Aufklärungspflicht absichern und auch darüber aufklären, dass dem Patienten keine Heilung geschuldet werde.

FOTO: KK



„Glücklich sind die, die erfahren, was man an ihnen aussetzt, damit sie es besser machen können.“

DR. GERALD BACHINGER, PATIENTENANWALT (NACH SHAKESPEARE)

Heilung wird nicht geschuldet

Letzteren Punkt griff als ein zentrales Thema im Zusammenhang mit erfolgreicher Schadensvermeidung auch der Gerichtsgutachter und Leiter der Universitätsklinik für Frauenheilkunde an der Medizinischen Universität Wien, Univ.-Prof. Dr. Peter

Husslein, auf. „Ärzte schulden ihren Patienten den Standard einer State-of-the-Art-Behandlung, die sie ihnen zu jeder Zeit und an jedem Ort zur Verfügung zu stellen haben, sie schulden ihnen aber nicht den Erfolg einer solchen



Behandlung.“ Husslein machte auch darauf aufmerksam, dass jede ärztliche Maßnahme nur dann rechtmäßig ist, wenn der Patient seine Einwilligung dazu gegeben und verstanden hat, was er unterschreibt. „Wir Ärzte können nicht einfach ein Messer nehmen und dem Patienten den Bauch aufschneiden, weil wir glauben, dass das gut für ihn ist, sondern wir dürfen das nur dann, wenn wir dazu die Einwilligung des Patienten haben und ihn auch über alle Vor- und Nachteile einer solchen Behandlung aufgeklärt haben.“

Diese Aufklärungspflicht der Ärzte führt auch zu folgender juristischer Sachlage: Während den Behandlungsfehler der Patient beweisen muss, trägt die Beweislast für die ordnungsgemäße Aufklärung der Arzt.

Husslein verwies weiters darauf, dass der Patient auch ein „Recht auf Irrtum“ habe, soll heißen, er wird immer dann Recht bekommen, wenn er sagen kann: „Hätte ich das gewusst, wäre ich mit dieser Behandlung nie einverstanden gewesen.“

Die Richtschnur für eine adäquate Aufklärung sollte daher sein, „was ein vernünftiger Arzt einem verständigen Patienten sagt, damit dieser entscheiden kann, ob und wie er sich behandeln lässt“, so Husslein, der in seinem Referat auch für eine Medizin auf Augenhöhe mit dem Patienten plädierte. „Der Arzt hat mit seiner ärztlichen Kompetenz und der Patient mit seiner Kompetenz über seine Lebensführung in den Dialog einzutreten, und erst aus diesem Dialog der Kompetenzen kann eine für die jeweilige Situation maßgeschneiderte Behandlungsentscheidung getroffen werden.“

Hinderliches Recht?

Zu den Aufgaben der Patienten-anwaltschaft im Zusammenhang mit mehr Patientensicherheit nahm in der Folge der Patienten-anwalt für Niederösterreich, Dr.

Gerald Bachinger, Stellung und strich den Aspekt der Schadensprävention im Vorhinein als eine der vordringlichen Aufgaben einer Patienten-anwaltschaft heraus. Er forderte, dass das Recht eine gute Sicherheitskultur fördern und nicht hemmen sollte, aber: „Ich sehe dabei zwei Punkte als sehr hinderlich: Das ist zum einen die staatsanwaltschaftliche Einschaltung, die in solchen Fällen weder für die Patienten noch für das System als wirklich sinnvoll erachtet werden kann, und zum anderen die derzeit bestehende An-

FOTO: DAS PORTRAIT STUDIO FÜR PHOTOGRAPHIE BARBARA GRABENBAUER



DR. MARIA KLETECKA-PULKER, ÖSTERREICHISCHE PLATTFORM PATIENTENSICHERHEIT

„Dieser Kulturwandel muss stattfinden, denn wenn letztendlich Fehler vermieden werden können, wenn stattdessen Transparenz und Vertrauen hergestellt werden, erhöht dies auch die Patientensicherheit.“

DR. MARIA KLETECKA-PULKER, ÖSTERREICHISCHE PLATTFORM PATIENTENSICHERHEIT

bergerichtliche Arbeit eine offene Sicherheitskultur (nicht Fehlerkultur), eine offene, ehrliche und vollständige Kommunikation in alle Richtungen, das gemeinsame Aufarbeiten auch mittels Gutachten und Schiedsstellen sowie das Feedback an die betroffene Einrichtung seien.

Der eigentliche Fehler

Wider die Suche nach einzelnen Schuldigen sprach sich auch der Leiter der Abteilung für klinisches Risikomanagement der Universitätsklinik für Frauenheilkunde am AKH Wien, Univ.-Prof. Dr. Norbert Pateisky, aus: „Untersuchungen zeigen, dass nur 10 Prozent der Fehler mit Schadensfolge in der Medizin als schuldhaft einzustufen sind: 90 Prozent dieser Fälle sind auf systeminduzierte Faktoren zurückzuführen.“ Tatsächlich – so Pateisky aus seiner Erfahrung – seien diejenigen, die letztlich das falsche Bein amputierten oder die falsche Niere entfernten, häufig das letzte Glied am Ende eines langen Ablaufes, in dem schon vieles „danebenging“, und hatten letztlich – gleich dem Tormann beim Elfmeter – keine Chance mehr. „Dabei geht es nicht darum, alles entschuldigen zu wollen, aber heute wird grundsätzlich viel mehr Gewicht auf Haftung statt auf Prävention gelegt. Das sollte sich ändern, ohne dass man die Haftung aus den Augen verliert, doch auch die

FOTO: N. PATEISKY, MD



UNIV.-PROF. DR. NORBERT PATEISKY, LEITER DER ABTEILUNG FÜR KLINISCHES RISIKOMANAGEMENT DER UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR FRAUENHEILKUNDE AM AKH WIEN

„Man sollte sich darauf konzentrieren, sich im Falle eines Personenversagens zu fragen, ob es wirklich die Schuld des einzelnen ist.“

Risikomanager brauchen eine Chance: Wir wollen wissen, was man tun kann, damit ein Fehler nicht mehr passiert, und nur wenn wir herausfinden, warum es letztlich zu einem Fehler gekommen ist, können wir entsprechende Instrumente wie etwa Checklisten oder Briefings beistellen, damit sich die Falle das nächste Mal nicht mehr öffnet.“ Denn, so das Schlusswort Pateiskys zu dieser Veranstaltung: „Es ist ein Fehler, Menschen für Fehler zu bestrafen.“ (GV) ♡

SELBSTHILFE:konkret

» Ausgabe 1/2011

Die Zeitschrift der

ARGE Selbsthilfe Österreich

GANZHEITSMEDIZIN

„Kein Mensch ist gleich dem anderen“

» In der Serie „Ganzheitsmedizin im Blickpunkt“ widmet sich „SELBSTHILFE:konkret“ sogenannten komplementärmedizinischen Verfahren und ihrer Bedeutung für chronisch und schwer kranke Menschen.



Jeder kennt Erfolgsgeschichten. Von den Assen des Österreichischen Skiverbandes, die auf die Energiearbeit eines oberösterreichischen Humanenergetikers vertrauen; von der Kinesiologin, die einer Schülerin über Lernblockaden hinweggeholfen hat; vom Psychologen, der durch Hypnosebehandlungen die Selbstheilungskräfte aktiviert. Jeder kennt Scharlatangeschichten. Und Schilderungen esoterischer „Behandlungen“, die eher an Jahrmarktzauber erinnern. Aber auch den einen oder anderen Patienten, der auf die klassische ärztliche Heilkunde keinen Pfifferling mehr gibt, während er darauf schwört, dass Sitzungen bei Energetikern, Geistheilern, Schamanen oder Lichtarbeitern ihm geholfen haben.

Zählt auch all dies zum weiten Feld der sogenannten Komplementärmedizin, und beruhen deren Erfolge nicht zu einem großen Teil auf dem schlichten Grundsatz, sich die nötige Zeit zu nehmen, um den Menschen in seiner Ganzheit wahrzunehmen? Eine Qualität, die in der von ökonomischem Druck und zeitlichen Zwängen dominierten Spitals- und Kassenmedizin bekanntlich immer mehr abhanden kommt.

„SELBSTHILFE:konkret“ sprach darüber mit Univ.-Prof. Dr. Michael Frass, Präsident des Dachverbands österreichischer Ärztinnen und Ärzte für Ganzheitsmedizin und Vizepräsident der Ärztesellschaft für Klassische Homöopathie, sowie mit Prof. Dr. Andrea Zauner-Dungl, die als Leiterin des „Zentrums für Traditionelle Chinesische



▲ Univ.-Prof. Dr. Michael Frass

Medizin und Komplementärmedizin“ der Donau-Universität Krems für eine Reihe komplementärmedizinischer Ausbildungen verantwortlich ist (Interview Kasten rechts).

Zeit ist nicht entscheidend

Michael Frass glaubt nicht daran, dass die Erfolge von Komplementärmedizin hauptsächlich dem Zeitfaktor geschuldet sind. „Wenn es nur um die Zeit und um das Gespräch ginge, dann würde Psychotherapie allein genügen,

um alle Menschen zu heilen. Hingegen kann ich mit einigen homöopathischen Kügelchen oft optimale Ergebnisse erzielen, ohne viel mit dem Patienten gesprochen zu haben und manchmal ohne ihn überhaupt näher zu kennen.“ Als Internist und Intensivmediziner (Leiter der Intensivstation an der Klinik für Innere Medizin I der Universität Wien) arbeitet Frass in einem klassischen Bereich konventioneller „Apparatemedizin“. Gleichzeitig beschäftigt er sich seit über 30 Jahren mit Homöopathie und leitet eine Spezialambulanz für „Homöopathie bei malignen Erkrankungen“ am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien.

Ein weiterer Irrglaube ist für ihn die Ansicht, die Komplementärmedizin komme ohne konventionelle Diagnosen aus. Den wesentlichen Unterschied sieht Frass im ganzheitlichen Blick auf den Patienten. „Ich bin ein großer Anhänger der Diagnostik und sehe einen großen Vorteil in messbaren Ergebnissen. Wenn ich die Diagnose aber schließlich vor mir habe, dann betrachte ich den ganzen Menschen. Dabei taucht ein Dutzend Variablen auf, die nicht in ein klassisches Behandlungsschema einzuordnen sind. Es ist unglaublich und zugleich fantastisch, aber kein Mensch gleicht dem anderen.“

Gut erforschte Bereiche

Wegen dieser Betrachtungsweise seien auch die in der konventionellen Medizin üblichen Forschungsmethoden der Ganzheitsmedizin nicht adäquat. „Dennoch fallen vergleichende Studien oft überraschend zu ihren Gunsten aus“, sagt Frass. Der wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweis ist aus seiner Sicht vor allem auf den Gebieten Homöopathie, Akupunktur, Ayurveda, Osteopathie, Aromatherapie und Neuraltherapie erbracht. Weiteren Forschungsbedarf sieht er bei Bioresonanz, orthomolekularer Therapie und Ozontherapie.

BEGRIFF

Homöopathie und Akupunktur, Ayurveda, Tuina – diese und viele andere Behandlungsmethoden werden umgangssprachlich mit den Sammelbegriffen Komplementärmedizin, Ganzheitsmedizin, Alternativmedizin, Alternative Heilmethoden oder Sanfte Medizin bezeichnet. Die Österreichische Ärztekammer (ÖAK) hat sich auf den Terminus Komplementärmedizin festgelegt, um klarzustellen, dass es sich bei diesen Methoden immer um eine Ergänzung zur konventionellen Medizin handelt. International wird der Begriff CAM (complementary and alternative medicine) verwendet. Dachverband österreichischer Ärztinnen und Ärzte für Ganzheitsmedizin:

» www.ganzheitsmed.at



INTERVIEW

» „Therapien sind medizinischen Grundberufen vorbehalten“

Prof. Dr. Andrea Zauner-Dungl ist Leiterin des Zentrums für Traditionelle Chinesische Medizin und Komplementärmedizin der Donau-Universität Krems. Die Fachärztin für Physikalische Medizin und Allgemeinmedizinerin gilt als Expertin für Traditionelle Chinesische Medizin und hat die Diplome der Österreichischen Ärztekammer für Komplementärmedizin, Akupunktur, Manuelle Medizin und Kurortmedizin, Sport- und Kräutermedizin erworben.



▲ Prof. Dr. Andrea Zauner-Dungl

Gibt es einen Ratschlag für Patienten, die sich – oft aus Frustration über ihren Krankheitsverlauf oder über die klassische Medizin – für komplementärmedizinische Behandlungen interessieren?

Zauner-Dungl: Jede Form der Medizin hat ihre Stärken, aber auch Schwächen. Um beides zu kennen, muss man beides gelernt haben. Ich lege daher großen Wert darauf, dass jene, die komplementäre Heilverfahren abgeben oder Empfehlungen aussprechen, auch westliche Krankheitsdiagnosen kennen und in Ansätzen verstehen. So können grobe Fehler und Versäumnisse vermieden werden. Aus meiner Sicht und aus den Erfahrungen, die ich in China gemacht habe, lassen sich komplementäre Medizin und Schulmedizin ohne weiteres kombinieren. Glücklicherweise gibt es in der Zwischenzeit viele Schulmediziner, die, selbst wenn sie nicht komplementäre Medizin betreiben, gegenüber diesen Methoden sehr aufgeschlossen sind.

Wie findet man die richtige Methode und vor allem den richtigen Arzt? Viele Ärzte führen zum Beispiel auf ihren Praxisschildern diverse ÖAK-Diplome für Akupunktur, Manualtherapie und andere komplementärmedizinische Methoden an. Ist so etwas aus Ihrer Sicht eine Garantie für ausreichend Qualifikation auf diesen Gebieten?



Zauner-Dungl: Prinzipiell sind diese Diplome eine gute Sicherstellung für eine Mindestqualifikation auf dem jeweiligen Gebiet. Wahre Experten besuchen jedoch

noch viele weitere Fortbildungen, Schulungen und Kongresse. Ich empfehle einfach, mit den Kolleginnen und Kollegen darüber zu sprechen. Da bekommt man sehr rasch einen guten Einblick, ob jemand basierend auf dem Grundwissen noch weitere Erfahrungen gesammelt hat.

Wie ist es mit nichtärztlichen Berufen, vor allem den vielfältigen therapeutischen Tätigkeiten – Shiatsu-therapeut, Hypnosetherapeut und anderen? Wo gibt es hier geschützte Berufsbezeichnungen oder zertifizierte Standards?

Zauner-Dungl: Glücklicherweise hat es in den letzten Jahren positive Entwicklungen hinsichtlich der Qualität der Ausbildungen in den nichtärztlichen Berufen gegeben. Dennoch gibt es noch immer eine Vielzahl an Möglichkeiten, medizinische Kompetenz vorzugaukeln, ohne auch nur einen Deut von Erkrankungen zu verstehen. In Österreich sind jegliche therapeutischen Maßnahmen den medizinischen Grundberufen – zum Beispiel Heilmasseur, Krankenpfleger, Physiotherapeut – vorbehalten. Alle anderen dürfen an Kranke eigentlich keine Empfehlung abgeben oder Aktivitäten mit dem Ziel der Besserung der krankhaften Veränderungen setzen. Der angesprochene Shiatsu-therapeut ist eigentlich kein Therapeut, sondern ein klassischer „Vorsorgeberuf“ zur Erhaltung und Unterstützung der gesunden Funktionen. Gleiches gilt für den Tuina- Anmo-Praktiker oder den Ayurvedapraktiker.

Können Sie vielleicht auch für die Auswahl eines solchen Therapeuten eine Empfehlung geben?

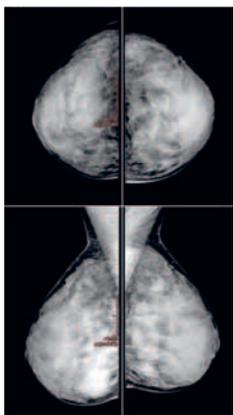
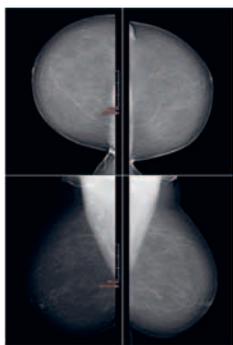
Zauner-Dungl: Da man in Österreich jeden alles lehren darf, gleich ob er damit etwas tun kann oder darf, ist es für den Laien sehr schwer, sich zu orientieren. Als Energetiker kann zum Beispiel jemand mit einer Ausbildung von wenigen Stunden eine Praxis eröffnen. Manche dieser Personen haben ein wirkliches hohes Wissensniveau erlangt, vielen reicht es jedoch, wenn sie „Hände auflegen“, ohne zu wissen, was sie tun oder was einen Patienten in nächster Zeit gesundheitlich erwarten kann. Auch hier ist ein Gespräch mit den Personen oft sehr hilfreich. Ich meine, man sollte von allen diesen Personen, gleich ob sie Hände auflegen, mit Hypnose oder Beten arbeiten, eine Mindestausbildung in Grundlagen der Medizin sowie der Psychologie verlangen. Nur so haben sie die Chance, Gefahren und Risiken im Sinne der Patienten zu erkennen und diese rechtzeitig zum Arzt zuzuweisen. Übrigens, wirklich gute Leute arbeiten meist mit Ärzten zusammen! (Interview: EPI) ♥



BRUSTKREBSSCREENING

Rückschritt in die Zukunft?

» *Das von Gesundheitsministerium und Sozialversicherung konzipierte Brustkrebs-Früherkennungsprogramm ist kritisch zu hinterfragen. Würde doch die Ausrichtung nach EU-Richtlinien neben manchen Vorteilen auch einen gravierenden Rückschritt mit sich bringen.*



ACR-Dichte und Entdeckungswahrscheinlichkeit mittels Mammographie

Die Debatte um das zukünftige Programm einer nationalen Brustkrebsvorsorge zwischen Ärzten, Gesundheitsministerium und Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wird heftig bis emotional geführt. „Uns geht es um eine deutliche Verbesserung in der Qualität, die den Frauen zugutekommt“, sagt Dr. Birgit Angel, Referentin für Medizin und Gesundheitsberufe im Kabinett des Gesundheitsministers. Genau diese Qualität sei derzeit in hohem Maße gegeben und werde durch manche Punkte des neuen Programms zerstört, argumentiert Univ.-Doz. Dr. Franz Frühwald, Vorsitzender der Bundesfachgruppe Radiologie der Österreichischen Ärztekammer. „Vieles läuft hier nebeneinander, wenig zielgerichtet und zumindest unkoordiniert ab“, heißt es in einem Papier des Hauptverbandes.

Tatsache ist, dass es zu Österreichs bisheriger Brustkrebsvorsorge gute und weniger gute Nachrichten gibt. Zu den weniger guten gehört viel Organisatorisches:

- » Es gibt kein Einladesystem, Frauen werden also nicht schriftlich auf die Möglichkeit aufmerksam gemacht, zur Mammographie zu gehen.
- » Dementsprechend die Beteiligung: Laut Angaben des Hauptverbandes gehen in Österreich nur 30 bis 50 Prozent zur Mammographie, womit das Land nur im europäischen Mittelfeld liegt. Speziell in der von Brustkrebs am stärksten betroffenen Altersgruppe 50- bis 70-jähriger Frauen werden Vorsorgeuntersuchungen weniger in Anspruch genommen als von jüngeren Frauen.
- » Die in den Untersuchungen ermittelten Daten werden nicht zentral erfasst und können daher auch nicht im Sinne eines modernen Monitorings analysiert werden.
- » Eine Doppelbefundung (also der vom Erstbefund unabhängige Befund eines zweiten Radiologen) ist in Österreich noch nicht selbstverständlich.

Umso positiver hingegen nehmen sich jene Fakten aus, die die tatsächliche Früherkennung von Krebs betreffen:

- » Obwohl es hierzulande kein organisiertes Früherkennungsprogramm mit Einladungssystem gibt, wird in Österreich die Sterberate zahlreicher Screeningländer (zum Beispiel der Niederlande, Großbritanniens oder Dänemarks) deutlich unterschritten (Grafik, Seite 9).
- » Österreich gehört zu den europäischen Ländern mit dem stärksten Rückgang der Brustkrebssterblichkeit im Zeitraum zwischen 1987–1989 und 2004–2006¹.

Zurückzuführen sind diese guten Ergebnisse unter anderem auf eine Praxis, die im EU-Screening nicht vorgeschrieben, in Österreich aber seit langem selbstverständlich ist: Hierzulande führen Radiologen direkt im Anschluss an die Mammographie eine Ultraschalluntersuchung durch, falls eine genauere Abklärung angezeigt ist. Dies ist der Fall bei Auffälligkeiten des Röntgenbildes oder der Anamnese, vor allem aber bei einer besonderen Gewebsdichte der Brust, wie sie bei gut einem Drittel der Frauen vorkommt (Grad 3 und 4 in der vierstufigen Skala der Gewebsdichte). Die sogenannte «dichte Brust» erschwert die Erkennbarkeit von Karzinomen im Mammographiebild. Ultraschalluntersuchungen hingegen ermöglichen unter diesen Bedingungen eine fast hundertprozentige Erkennbarkeit von Karzinomen im Frühstadium². Eine internationale Expertengruppe, die Anfang März auf Einladung von Bundesminister Stöger tagte, bestätigte in diesem Punkt die Linie der österreichischen Radiologen.³

Knackpunkt Ultraschall

Die Möglichkeit, diese zusätzliche Untersuchung durchzuführen, ist der Dreh- und Angelpunkt der Diskussion. Denn der Entwurf des neuen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms sieht Ultraschalluntersuchungen erst dann vor, wenn der Zweitbefund eines weiteren Radiologen die Notwendigkeit einer zusätzlichen Abklärung durch Ultraschall bestätigt hat.

In der Praxis würde dies für viele Frauen nicht nur einen zweiten Termin und eine zweite Anreise bedeuten, sondern auch erhöhte psychische Belastung. Unter Umständen kann es Wochen dauern, bis die endgültige Diagnose gestellt wird. Ein Widerspruch zu den vorgeblichen Intentionen des Konzepts, vor allem ältere und sozial schwächere Frauen sowie Migrantinnen erreichen zu wollen.⁴ Es darf bezweifelt werden, ob gerade diese Zielgruppen ihre Scheu ablegen werden, wenn die Brustkrebsvorsorge mit zusätzlichem Zeitaufwand und Kosten für mehrmalige Anfahrten, erhöhtem psychischem Druck und – bei vielen Migrantinnen – Hemmungen vor einem weiteren Arztgespräch in der Fremdsprache verbunden ist.

„Was bisher modern und gut war, soll jetzt möglichst unattraktiv und billig werden“, sagt Oberarzt Dr. Christian Weismann, Leiter der Abteilung für Mammadiagnostik und Mammaintervention am Universitätsinstitut für Ra-

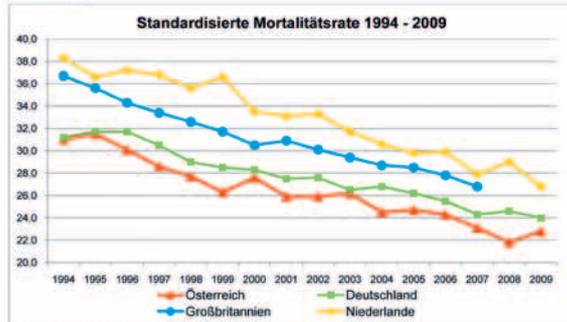
¹ Veröffentlichung 2010 im „British Medical Journal“ 341:c362.

² Die sogenannte Sensitivität von Ultraschalluntersuchungen bei dichter Brust liegt laut einer Erhebung der Ärzteschaft um 98 Prozent (Dichtegrad 3) beziehungsweise 94 Prozent (Dichtegrad 4).

³ Protokoll der Medizinischen Expertenrunde vom 1. März 2011, Urania Wien.

⁴ «Es muss sichergestellt sein, dass der Zugang möglichst niederschwellig ist, das Programm also nichts enthält, was Frauen insbesondere aus sozial schwächeren Schichten als Zugangsbarrieren empfinden könnten», heißt es in einer PR-Information des Hauptverbandes zum geplanten nationalen Früherkennungsprogramm.

Abbildung 1: Standardisierte Mortalitätsrate 1994 - 2009

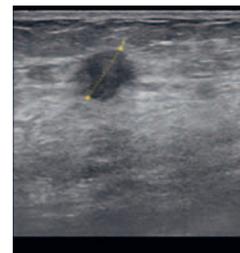
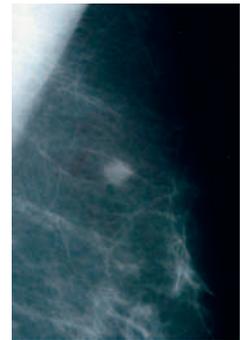


Quelle: EUROSTAT (Stand: 6.2.2011)

diologie des Salzburger Landeskrankenhauses. Er weist die Unterstellung zurück, die Radiologen lehnten das Konzept des Hauptverbandes nur ab, weil sie finanzielle Einbußen durch die voraussichtlich geringere Zahl an Ultraschalluntersuchungen befürchteten. „Der Ultraschall kostet so gut wie nichts, bedeutet aber mehr Arbeitsaufwand für den Radiologen. Er verrechnet dafür rund 14 Euro brutto für 10 bis 15 Minuten Arbeit. An einer Mammographie, die von der Radiologietechnologin durchgeführt und von ihm nur

in einigen Minuten befundet wird, verdient der Mediziner ungefähr 70 Euro.“ Daher betrage auch die Kostenersparnis für das österreichische Gesundheitssystem nur rund ein- einhalb Millionen Euro jährlich.

Weismann ist medizinischer Projektleiter des „Salzburger Mammographiescreenings“. Seit 2008 wird in diesem Pilotprojekt der Versuch unternommen, die Vorzüge des bisherigen Systems (Ultraschall ohne zeitliche und räumliche Trennung von der Mammographie) mit den Vorteilen des EU-Screenings zu verbinden: Patientinneneinladungssystem, Doppelbefundung, Evaluation und zentrale Datenerfassung sieht er als wichtige Faktoren, um zum einen mehr Patientinnen zu erreichen und zum anderen das System selbst durch Screening laufend zu verbessern. Getrennte Ultraschalluntersuchungen allerdings wären aus seiner Sicht für Österreich ein medizinischer „Rückschritt des Jahrtausends“. „SELBSTHILFE:konkret“ bat Radiologen, Gesundheitsministerium und Sozialversicherung, auf Fragen zu antworten, die das neue Konzept aus Patientinnensicht aufwirft (Kasten). Vom Hauptverband erreichte uns bis zum Redaktionsschluss nur eine Presseausendung, deren Fakten in den Anfangsteil dieses Artikels eingegangen sind. (EPI) ☺



ACR-Dichte und Entdeckungswahrscheinlichkeit mittels Ultraschall

FRAGEN:

„SELBSTHILFE:konkret“ (Dr. Erika Pichler)

EU-konforme Screeningprogramme begnügen sich mit einer Mammographie und einem eventuellen neuen Termin zur Ultraschalluntersuchung. Für Patientinnen bedeutet dies eine zweite Anreise und vermehrte psychische Belastung. In Österreich hingegen wird direkt im Anschluss an eine Mammographie auch eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt. Was spricht dagegen, diese Praxis beizubehalten?

Im Gespräch ist eine Reduktion der radiologischen Brustkrebsvorsorgepraxen auf rund 20 Zentren österreichweit. Für Patientinnen würde dies eine Verschlechterung mit sich bringen, vor allem wenn sie nicht in Ballungsräumen leben. Ist das mit dem Ziel einer Qualitätsanhebung in Einklang zu bringen?

Ein wesentlicher Vorteil eines EU-konformen Screenings wäre die zentrale Erfassung von Daten im Sinn evidenzbasierter Medizin. Ist darin auch ein Vorteil für Patientinnen zu sehen oder „nur“ für das System?



FOTO: KK

STELLUNGSNAHMEN:

Gesundheitsministerium (Dr. Birgit Angel)

Ziel ist, vor allem Frauen zwischen 50 und 70 Jahren zu erreichen. In dieser Altersgruppe gibt es auch nicht mehr so viele „dichte Brüste“, die ein Befunden der Mammographiebilder erschweren. Daher wird auch eine erneute Untersuchung mittels Ultraschall nicht mehr immer notwendig sein. Um die psychische Belastung möglichst gering zu halten, soll die Befundübermittlung einen kurzen Zeitraum in Anspruch nehmen.

Da das Projekt eine deutliche Anhebung und Ausdehnung der Qualitätskriterien bedeutet, werden nicht alle jetzt bestehenden Ordinationen und Institute dieses Qualitätsniveau auch halten können. Wie viele Zentren das sein werden, kann zum jetzigen Zeitpunkt aber noch nicht gesagt werden.

Uns geht es um eine Verbesserung in der Qualität. Von einer Datensammlung werden die Frauen nicht profitieren, sehr wohl aber von einer evidenzbasierten Untersuchung und Befundung auf höchstem Niveau.



FOTO: PRIVAT

Radiologen (Dr. Franz Frühwald)

Die internationale Expertenkonferenz hat die Linie der österreichischen Radiologen voll bestätigt. Einerseits konnte Konsens erzielt werden, dass ein Programm 2011 die Möglichkeit einer sofortigen Sonographie einschließen soll, sofern eine hohe Gewebisdichte der Brust vorliegt oder am Mammogramm abklärungsbedürftige Befunde vorliegen, andererseits wurde eine Doppelbefundung als notwendig erachtet.

Die Versprechung einer Qualitätsanhebung ist eine Schimäre, denn die Qualität der Untersuchungen ist in Österreich schon heute besonders hoch. Die Expertenkonferenz hat die Zahl der Mammographiebefunde mit 2000 festgelegt. Der Großteil der österreichischen Praxen kann daher am Programm teilnehmen.

In aller Regel geht es Hauptverband und Ministerium nur um Einsparung, Restriktion und Zugangsbeschränkung. Das wird dann medial immer wieder als Qualitätsinitiative dargestellt.

Lehrgang für Selbsthilfeunterstützer

Die **Weiterbildungsreihe** für Mitarbeiter von Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen wird ab Mai in überarbeiteter Form angeboten.

Das Weiterbildungsangebot des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) für Selbsthilfeunterstützer liegt für 2011/2012 in aktualisierter Form vor. Angeboten werden vier Blockseminare zu den Themenbereichen „Grundlagen“, „Managen“, „Beraten“, „Soziales und gesundheitspolitisches Handeln“. Zielgruppen sind hauptamtliche Mitarbeiter der Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen

Die vier Module (jeweils dreitägig im Mai und September sowie zweitägig im November und Jänner 2012, siehe Kasten) sind als gesamter Lehrgang zu buchen. „Das Programm wurde überarbeitet, die Module wurden gestrafft und mit anderen Schwerpunkten besetzt. Gesundheitsförderung und Beratung sind wichtige Standbeine“, sagt Ing. Petra Gajar vom FGÖ, in deren Zuständigkeit das Weiterbildungskonzept für Selbsthilfeunterstützer fällt. Die Kosten der Seminarreihe inklusive Unterbringungskosten werden fast zur Gänze vom Fonds Gesundes Österreich übernommen, zu dessen Aufgaben es gehört, die Fortbildung von Personen zu unterstützen, die in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention tätig sind. Für die Teilnahme ist lediglich ein Unkostenbeitrag von 25 Euro pro Tag zu entrichten.

Anmeldungen bis 22. April per E-Mail an: elisabeth.stohl@goeg.at ♥



BUCHTIPP

SELBSTHILFE IM WANDEL DER ZEIT

Oskar Meggeneder, Gesundheitssoziologe und Vorstandsvorsitzender der Selbsthilfe Oberösterreich, hat ein Buch herausgegeben, das zeigt, wie Selbsthilfeinitiativen mit einem beteiligungsorientierten Ansatz zu einer gesellschaftlich relevanten Kraft werden können.

Die 17 Autorinnen und Autoren sind als Wissenschaftler oder Selbsthilfeakteure mit verschiedensten Fragestellungen von Selbsthilfe in Österreich und Deutschland befasst. Sie erzählen von neuen Herausforderungen, insbesondere im Hinblick auf die sich rasant entwickelnden Kommunikations- und Informationstechnologien.

Oskar Meggeneder (Hrsg.)

Selbsthilfe im Wandel der Zeit. Neue Herausforderungen für die Selbsthilfe im Gesundheitswesen.

Mabuse-Verlag 2011, ISBN 978-3-86321-004-5

Seminarreihe für SH-Unterstützer

Modul 1 – Termin: 16.–18. Mai 2011

Grundlagen der Gesundheitsförderung und der SH-Unterstützung

| | | |
|----------------|-------------------|-----------------|
| Seminarzeiten: | Mo., 16. 05. 2011 | 10:00-17:00 Uhr |
| | Di., 17. 05. 2011 | 09:00-17:00 Uhr |
| | Mi., 18. 05. 2011 | 09:00-12:00 Uhr |

Trainer: Mag. Hermine Mandl, Dr. Christian Scharinger

Themen: Fachliches Grundverständnis und unterschiedliche Formen der SH-Unterstützung, Sozial- und gesundheitspolitischer Wert von Selbsthilfegruppen, Grundlagen, Modell und Landschaft der Gesundheitsförderung in Österreich, Settingansatz und Managementzyklus

Modul 2 – Termin: 26.–28. September 2011

Managen in der SH-Unterstützung

| | | |
|----------------|-------------------|-----------------|
| Seminarzeiten: | Mo., 26. 09. 2011 | 10:00-17:00 Uhr |
| | Di., 27. 09. 2011 | 09:00-17:00 Uhr |
| | Mi., 28. 09. 2011 | 09:00-12:00 Uhr |

Trainer: Mag. Hermine Mandl

Themen: Mitarbeiterführung lernen, Rollenverständnis in der SH-Unterstützung, Steuerung als Managementfunktion umsetzen können, Planung als Teil von Organisationsentwicklung anwenden können

Modul 3 – Termin: 14.–15. November 2011

Beraten und Begleiten

| | | |
|----------------|-------------------|-----------------|
| Seminarzeiten: | Mo., 14. 11. 2011 | 10:00-17:00 Uhr |
| | Di., 15. 11. 2011 | 09:00-17:00 Uhr |

Trainer: Dr. Christian Scharinger

Themen: Beratungsmodelle und -formen, Phasen von Beratungsprozessen, Coaching als Beratungskompetenz, Grundlagen der Gesprächsführung, Beraten von Gruppen und Einzelpersonen, Methoden und Designs für Gruppenprozesse

Modul 4 – Termin: 30.–31. Jänner 2012

Sozial- und gesundheitspolitisches Handeln in der SH-Unterstützung

| | | |
|----------------|-------------------|-----------------|
| Seminarzeiten: | Mo., 30. 01. 2011 | 10:00-17:00 Uhr |
| | Di., 31. 01. 2012 | 09:00-17:00 Uhr |

Trainer: Mag. Hermine Mandl, Mag. Monika Maier

Themen: Den sozial- und gesundheitspolitischen Wert der SH-Unterstützung argumentieren, sozial- und gesundheitspolitisches Basiswissen erlangen, Öffentlichkeitsarbeit gestalten, Lobbying entwickeln, Vernetzung herstellen

Internes

Finanzierung der ARGE Selbsthilfe Österreich



Nach langwierigen Verhandlungen der ARGE Selbsthilfe Österreich mit den politischen Entscheidern zeichnete sich im ersten Quartal 2011 eine akzeptable Lösung bezüglich der Rahmenbedingungen auf der strukturellen, finanziellen und personellen Ebene ab. Im Gespräch Anfang März 2011 stellte der Sektionschef des Gesundheitsministeriums, Dr. Clemens Martin Auer, den möglichen Budgetrahmen für das Jahr 2011 vor. Das vom Gesundheitsministerium in Aussicht gestellte Budget setzt sich aus einer Förderung des Gesundheitsministeriums, einer Förderung der „Gesundheit Österreich GmbH“ (GÖG) für Personal und Infrastruktur eines Sekretariates sowie einer Förderung des „Fonds Gesundes Österreich“ (FGÖ) zusammen.

Den Wunsch nach einer langfristigen Förderung der Selbsthilfe in Österreich konnte Auer durchaus nachvollziehen, sah aber lediglich bis 2012 die Möglichkeit einer verbindlichen Zusage.

Für Ende März 2011 wurden weitere Gespräche mit Dr. Arno Melitopoulos (Gesundheit Österreich GmbH) und Mag. Christa Peinhaupt (Fonds Gesundes Österreich) geplant, um die Details der Förderung zu klären und entsprechende Vereinbarungen zu treffen. Noch vor dem Sommer 2011 ist dann die konstituierende Generalversammlung mit Wahl des ehrenamtlich und unabhängig agierenden Bundesvorstandes der ARGE Selbsthilfe Österreich geplant.

Selbsthilfetag 2011

Der diesjährige „Tag der Selbsthilfe“ setzt sich unter dem Motto „Der informierte Patient: Störfaktor oder Wunschbild?“ mit der Rolle der Patienten in einem modernen Gesundheitssystem auseinander. Fachvorträge, Arbeitsgruppen und Podiumsdiskussionen widmen sich dem Informationsbedarf von Patienten, der patientengerechten Aufbereitung von Informationen und den Erwartungen des Systems an den mündigen Patienten.



Mittwoch, 29. Juni 2011, 10.30 bis 17.00 Uhr

Tag der Selbsthilfe 2011

Ort: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger,
Kundmanngasse 21, 1031 Wien

Veranstalter: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger,
ARGE Selbsthilfe Österreich

INFO

Die nächste Ausgabe von „SELBSTHILFE:konkret“ erscheint Anfang Juli.

konkret



FOTO: SELBSTHILFE KÄRNTEN

Information oder Manipulation?

Im November 2010 stimmte das EU-Parlament über die EU-Richtlinie „Information über Arzneimittel“ ab. Die Brisanz des harmlos klingenden Richtlinienentwurfs ist dadurch gegeben, dass darin auch die Information der breiten Öffentlichkeit über verschreibungspflichtige Arzneimittel geregelt wird. Das war bisher in Europa nämlich verboten und die Aufhebung des Werbeverbotes wird seit 2008 kontrovers diskutiert. Die Vorstöße der EU in Richtung Liberalisierung stießen immer wieder auf massiven Protest der Konsumentenschützer und Patientenvertreter.

Es ist unbestritten, dass Patienten mehr objektive, unparteiische und hochwertige Informationen als Entscheidungsgrundlage benötigen, trotzdem gilt es, kritisch zu hinterfragen, ob sie tatsächliche alle Informationen benötigen oder ob der Fokus nicht doch auf die richtigen, dem Bedarf und den Bedürfnissen entsprechenden Informationen gerichtet werden soll. Für Patienten ist es jetzt schon schwierig, aus den vorhandenen Informationen, die meist von PR-Agenturen perfekt aufbereitet werden, seriöse Information von reiner Geschäftemacherei zu unterscheiden.

Auf den ersten Blick erscheint die neue EU-Richtlinie, die von den Mitgliedsstaaten erst akzeptiert werden muss, als durchaus akzeptable Lösung. Bei genauerer Betrachtung zeigen sich aber die Stolpersteine: Pharmakonzerne haben zum Beispiel die Möglichkeit, im Internet sachliche Informationen über ihre Produkte zur Verfügung zu stellen. Auch wenn diese Regelung als Fortschritt gegenüber dem Entwurf des Jahres 2008 zu sehen ist, in dem auch Information über Print- und elektronische Medien vorgesehen war, stellt sich die Frage, wie die „Sachlichkeit“ kontrolliert werden kann und von wem die Nichteinhaltung geahndet wird. Ob die Europäische Arzneimittelagentur, die erst errichtet werden soll, dafür die richtige Instanz ist, wage ich zu bezweifeln.

Geradezu eine Einladung an die Marketingabteilungen ist es, dass Antworten auf häufig von Patienten gestellte Fragen online gestellt werden. Die Befürchtung, dass der Nutzen übertrieben dargestellt und mögliche Nebenwirkungen heruntergespielt werden, ist nicht von der Hand zu weisen.

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass Werbeagenturen deklarieren müssen, in wessen Auftrag sie handeln. Da die Strafen bei Verstößen nicht geregelt sind, ist dies jedoch maximal als Empfehlung zu sehen. Nach dem Motto „Alles ist möglich“ wurde auch auf die Definition von Kriterien verzichtet, die eine Unterscheidung zwischen Information und Werbung ermöglichen.

Wir werden die Entwicklung wachsam verfolgen und uns dafür einsetzen, dass Patienten Zugang zu Informationen bekommen, aber auch vor Fehlinformationen geschützt werden.

Mag. Monika Maier, Redaktionsleitung

ARGE Selbsthilfe Österreich

Der Verein „ARGE Selbsthilfe Österreich“ ist ein Zusammenschluss der unterschiedlichen Formen der Selbsthilfe in Österreich (themenübergreifende Selbsthilfe-Dachverbände und -Kontaktstellen und themenbezogene, bundesweit tätige Selbsthilfeorganisationen). Zum Aufgabenbereich der ARGE Selbsthilfe Österreich gehört unter anderem, die Bedürfnisse und Interessen der Selbsthilfegruppen im Sozial- und Gesundheitsbereich zu bündeln und in die Entscheidungsstrukturen

einzubringen. Die ARGE Selbsthilfe Österreich kann einen guten Überblick über die Anliegen und Bedürfnisse der Betroffenen und Angehörigen geben und gleichzeitig sicherstellen, dass nicht Einzelinteressen, sondern Anliegen einer breiten Basis vertreten werden.

Kontakt:

ARGE Selbsthilfe Österreich
Telefon: 0664/34 29 137
E-Mail:
arge@selbsthilfe-oesterreich.at
» www.selbsthilfe-oesterreich.at



ARGE Selbsthilfe
Österreich

TERMINE

8.–10. April 2011

Schwerhörigenkonferenz der EFHOH
Konferenzhotel Wimberger, Wien

Ziel der EFHOH-Konferenz 2011 ist neben einem inhaltlichen Überblick über die Schwerhörigenarbeit in Europa die Vernetzung und der Austausch mit Entscheidungsträgern verschiedener Länder. Die Veranstaltung richtet sich in erster Linie an Delegierte europäischer Schwerhörigenorganisationen. Konferenzsprache ist Englisch, Induktionsanlage und Schriftdolmetschservice sind gewährleistet.

Hostorganisation:

ÖSB – Österreichischer Schwerhörigenbund Dachverband

E-Mail: efhoh-vienna2011@oesb-dachverband.at

» www.oesb-dachverband.at



Österreichische Post AG

Info.Mail Entgelt bezahlt



www.leopoldin.at/er.com

19.–26. Juni 2011

ADA – Diabetes-Sommerseminar
RING BIO HOTEL Wilfinger, Hartberg



In einem Anfangsgespräch mit Dr. Susanne Pusarnig („Therapie Aktiv“-Ärztin) kann die persönliche Gestaltung der Diabeteswoche besprochen werden, damit die Auswahl aus dem großen Bewegungs-, Erholungs- und Freizeitprogramm leichter fällt. In einem ärztlichen Abschlussgespräch werden weitere Therapieempfehlungen sowie eine schriftliche Information für den behandelnden Arzt gegeben. Information und Rückfragen:

Wkfm Gottfried Bitiste, ADA SH-Gruppenleiter, Tel.: 0664/950 50 20,

E-Mail: ada.diab.corner@aon.at

» www.aktive-diabetiker.at

Wir freuen uns, wenn Sie uns sagen,
was Sie von SELBSTHILFE:konkret halten.
Mails bitte an arge@selbsthilfe-oesterreich.at



IMPRESSUM: Herausgeber und Medieninhaber: ARGE Selbsthilfe Österreich, ZVR-Zahl 809729424, p. A. Dachverband Selbsthilfe Kärnten, Postfach 108, 9021 Klagenfurt, Tel. 0664/34 29 137, E-Mail: arge@selbsthilfe-oesterreich.at, Web: www.selbsthilfe-oesterreich.at / **Redaktionsleitung:** Mag. Monika Maier, (DV Selbsthilfe Kärnten, ARGE Selbsthilfe Österreich), Dr. Erika Pichler (EPI); **redaktionelle Beiträge:** Dr. Erika Pichler (EPI), Mag. Gabriele Vasak (GV). **Gestaltung und Produktion:** designation – Strategie | Kommunikation | Design, www.designation.at Druck: Ploetz, www.ploetz-druck.at © 2011 Alle Rechte vorbehalten.

Aufgrund der leichteren Lesbarkeit wurde in den Beiträgen primär die männliche Form der Anrede verwendet. Die weibliche Form ist dabei selbstverständlich immer mit eingeschlossen.