

KUNST HALLE KREMS

AXEL HÜTTE

Imperial - Majestic - Magical

11.03. - 10.06.2018

VORSCHAU

**LIZZIE FITCH /
RYAN TRECARTIN**

27.04. - 10.06.2018

In Kooperation
mit dem donaufestival

PICASSO. GORKY. WARHOL.

01.07. - 04.11.2018

EVA SCHLEGEL

01.07. - 04.11.2018

Kunsthalle Krems

01.07. - 14.10.2018

Kunsthalle Krems

in der Dominikanerkirche

www.kunsthalle.at

[www.facebook.com/
Kunsthalle.Krems](https://www.facebook.com/Kunsthalle.Krems)

Axel Hütte Portrait #22 (Detail), 2005

KULTUR
NIEDERÖSTERREICH



ISSN 1862-4154

Preis: € 5,-

Ausgabe 1.18



upgrade

Das Magazin für Wissen und Weiterbildung
der Donau-Universität Krems



Wa(h)re Gesundheit

SCHWERPUNKT: GESUNDHEIT & ÖKONOMIE

WIE LEISTBARKEIT BEI HOHER QUALITÄT
ZU SCHAFFEN IST

SIEMENS
Ingenuity for life

Energiekosten senken? Mit uns können Sie rechnen.

Optimieren Sie Ihre Energieeffizienz.

Intelligente Gebäudetechnologie bringt Ihre Gebäude zum Sparen. Basis für eine nachhaltige Lösung ist Transparenz: Systeme wie die cloud-basierte Plattform „Siemens Navigator“ können übergreifend Daten aufnehmen, diese analysieren und aus den Ergebnissen konkrete Maßnahmen zur Energieeinsparung ableiten: von der Planung, der Installation, der Inbetriebnahme und der Optimierung bis hin zu unserem „Energy Performance Contracting“.

siemens.at/energieeffizienz

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,



**MAG. FRIEDRICH
FAULHAMMER**

Rektor der
Donau-Universität Krems

das britische Gesundheitssystem NHS (National Health Service) kündigte im Dezember letzten Jahres an, wegen akuten Personalmangels voraussichtlich nur noch Notoperationen durchführen zu können. Demgegenüber wird die Qualität unseres Gesundheitssystems in Österreich von der Bevölkerung als europaweit sehr gut betrachtet und auch objektiv gesehen zählt die medizinische Versorgung in Österreich zu den besten in Europa. Es gilt allgemein, wer Behandlung benötigt, bekommt sie auch. Aber, und das sei angemerkt: Österreich leistet sich laut OECD auch eines der teuersten Gesundheitssysteme. Gleichzeitig warten auch wichtige Bereiche unseres Gesundheitswesens, wie jener der Pflege, auf tiefgreifende und zukunftsichernde Reformen.

Die vorliegende Ausgabe von **upgrade** mit dem Schwerpunkt Gesundheit und Ökonomie beleuchtet in diesem Zusammenhang die Relation zwischen einem Gesundheitssystem und seiner Finanzierung und stellt Österreichs Situation den Herangehensweisen anderer Länder gegenüber. Dabei wird die Frage nach einem „optimalen“ Pflegemodell gestellt und eruiert, wie zeitgemäßes Krankenhausmanagement aussehen kann. In diesem Kontext werden auch die Rolle der Digitalisierung und der Künstlichen Intelligenz in der Medizin hinterfragt sowie gleichermaßen die Nutzung von Patientinnen- und Patientendaten im Gesundheitssektor. Interessante und teilweise kuriose Messzahlen zur Gesundheitsökonomie sind genauso ein Thema des Magazins: Warum sich statistisch betrachtet polnische Patientinnen und Patienten gelassener auf den OP-Tisch legen können als britische und wer am ehesten glaubt, beim Krankenhausaufenthalt einen Behandlungsschaden zu erleiden, erfahren Sie in der Bildstrecke des aktuellen Schwerpunkts.

BESUCHEN
SIE UNSERE
WEBSITE!

Viel Freude bei der Lektüre wünscht

Ihr Friedrich Faulhammer

Alle Ausgaben von **upgrade**
gibt es auch im Internet:
www.donau-uni.ac.at/upgrade



USA

HÜFTERSATZ: KOSTENPRIMUS USA



16.667 Hüftprothesen wurden 2016 in Österreich eingesetzt. Die durchschnittliche Belagsdauer eines Krankenhauses für diese Operation lag bei 11,2 Tagen. Der Ländervergleich zeigt enorme Kostenunterschiede.

Durchschnittskosten in EURO

USA: 41.000
 Deutschland (Bayern): 11.100
 Großbritannien: 11.300
 Österreich: 11.700
 Indien: 10.500
 Ungarn: 6.500

Quelle: Lunt u. a. (2012), diskontiert und wechsellkursbereinigt, Österreich: LKF-System 2017 (BMFG), Deutschland: G-DRG (InEK)

Inhalt

Schwerpunkt: Gesundheit & Ökonomie

- 3 **Editorial**
 - 18 **Im Fokus**
 - 48 **Alumni-Club**
 - 49 **Kunst & Kultur**
 - 50 **Campus Krems**
 - 52 **Trends & Termine**
 - 53 **Bücher**
 - 54 **Vorschau/Impressum**
- 7 **Kommentar: Was Gerald Bachinger meint**
Digital vor ambulant vor stationär
 - 9 **Die Krankenakte des Gesundheitssystems**
Eine Anamnese
 - 15 **Der Leidensdruck ist schon groß**
Im Gespräch mit Gottfried Haber
 - 21 **Den perfekten Apparat gibt es nicht**
Auch vorbildliche Gesundheitssysteme zeigen Schwächen
 - 25 **Krisenfall Pflege**
Zeit, auf Modelle anderer Länder zu schauen
 - 29 **Konkurrenz durch Dr. Computer**
Künstliche Intelligenz kann hilfreich sein
 - 33 **Brennpunkt Krankenhaus**
Wie Effizienz und Qualität Hand in Hand gehen
 - 37 **Datengeschäfte**
Patientendaten sind ein Schatz. Wer davon profitieren wird
-
- 40 **Internationale Kooperationen**
Der Traum von der Republik Europa mit starken Regionen
 - 42 **Was forschen Sie**
Eva Krczal, Leiterin des Zentrums für Gesundheitsökonomie
 - 46 **Alumni-Porträt**
Die Medizin ist für Astrid Magele Berufung



Warum Polen bei Operationen Großbritannien vorzuziehen ist und was Zyprioten über ihre Spitäler denken: *upgrade* unterzieht OECD-Länder in seiner Bildstrecke einem „Gesundheitscheck“. Idee und Konzeption: *DLE Kommunikation & Wissenschaftsredaktion der Donau-Universität Krems*

_GESUNDHEITS-CHECK



ZYPERN

ZYPERN MISSTRAUT SEINEN SPITÄLERN



Wenig Vertrauen genießt das zypriotische Spitalswesen: Ganze 82 Prozent der Bevölkerung des Inselstaates meinen, durch eine Behandlung im Spital wahrscheinlich einen Schaden zu erleiden. Die Österreicherinnen und Österreicher haben im internationalen Vergleich mit 21 Prozent das größte Vertrauen in die Arbeit der Spitäler.

Anteil der Bevölkerung, die Schaden durch Spitalsbehandlung für wahrscheinlich hält (2013)

- 1. Platz: Österreich 21 %
- 2. Platz: Finnland 34 %
- 28. Platz: Zypern 82 %**

Durchschnitt 53 %

Quelle: Special Eurobarometer Patient Safety and Quality of Care 2014

Digital vor ambulant vor stationär

Spieglein, Spieglein an der Wand ...: Der jüngste „State of Health in the EU“-Bericht hält uns einen Spiegel vor und zeigt die Schwächen des österreichischen Gesundheitssystems klar und deutlich.

Kommentar von Gerald Bachinger

Ja, wir haben ein gutes, öffentlich-solidarisches Gesundheitssystem, das sich vor allem durch einen niedrighwelligen Zugang, sehr gute Akutversorgung und einen Höchststand von versicherten Personen auszeichnet. Gleichzeitig wird aber schonungslos aufgedeckt, dass eine große Kluft zwischen Gesundheitsausgaben und möglicher Performance liegt. Diese Effizienz- und Effektivitätspotenziale sind seit Jahren vorhanden und müssen im Interesse einer verbesserten Ressourcenallokation gehoben werden.

Problemlöser Primärversorgung

Die deutlichen strukturellen Schwachstellen, aus denen das stark krankenhausalastige System resultiert, zeigen sich bei der Ausformung der Primärversorgung und der Versorgung chronischer Erkrankungen (wie etwa Diabetes). Hier wird in Österreich seit Jahren aus standespolitischen Gründen der notwendige, rasche Reformbedarf verzögert, ja sogar erfolgreich blockiert. Solche umfassenden, multiprofessionellen Erstanlaufstellen für Patienten mit allgemeinen Gesundheitsprobleme (Primärversorgungseinheiten) sollten im Interesse der bestmöglichen Versorgung kurzfristig umgesetzt werden. Rasch könnte damit ein verbesserter Service für Patienten, massiv ausgeweitete Öffnungszeiten, umfassende, multiprofes-

sionelle Versorgung durch die Gesundheitsdienstleister und ökonomisch vorteilhafte Versorgungsstrukturen erreicht werden. Verbesserte Versorgungsqualität für die Patienten und günstige Gesundheitsausgaben können damit vereint werden.

Move the health service

Von den disruptiven-digitalen Technologien wird viel gesprochen, unser Gesundheitssystem ist allerdings noch nicht dafür vorbereitet. Damit meine ich nicht die derzeitigen, eigentlich banalen und einfachen Systeme, wie ELGA oder E-Medikation, die nach langen Jahren nunmehr endlich eingesetzt werden. Es geht um „Big Data Auswertungen“, kognitive Assistenzsysteme, Robotertechnologien und die Verbindung von digitalen Technologien und Genetik. Die konkrete Gefahr besteht, dass die schwerfälligen öffentlichen Systeme von multinationalen Konzernen links und rechts überholt werden, ohne dass lange gefragt wird. Feststeht, dass die örtlich gebundenen Strukturen, wie Ordinationen und Krankenanstalten durch mobile digitalen Technologien bedeutungsloser als bisher werden. „Move the health service not the patient“ wird der Trend der Zukunft sein. Ärzte und patientenlose Krankenhäuser sind noch „Science Fiction“, aber die Richtung, in die es gehen wird, ist damit sichtbar. ■



GERALD BACHINGER

Dr. Gerald Bachinger wurde 1999 zum niederösterreichischen Patienten- und Pflegeanwalt bestellt. Er leitet die niederösterreichische Patienten- und Pflegeanwaltschaft unabhängig und weisungsfrei. Bachinger studierte Rechtswissenschaft.

_GESUNDHEITS-CHECK



BELGIEN

QUALITÄTSEINSCHÄTZUNG: TOP!



Als gut oder ziemlich gut stufen 96 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher die Qualität der Gesundheitsversorgung im eigenen Land ein und werden dabei nur noch von Belgien übertroffen. Im hinteren Feld finden sich vermehrt osteuropäische Länder, Schlusslicht ist Rumänien.

Qualitätseinschätzung der Gesundheitsversorgung durch die jeweilige Landesbevölkerung 2013

- 1. Platz: Belgien 97 %**
- 2. Platz: Österreich 96 %
- 3. Platz: Finnland 94 %
- Durchschnitt: 69 %
- 27. Platz: Griechenland 26 %
- 28. und letzter Platz: Rumänien 25 %

Quelle: Special Eurobarometer Patient Safety and Quality of Care 2014

Die Krankenakte des Gesundheitssystems

Österreich bietet zwar nach wie vor Spitzenmedizin für praktisch alle Bürger, im Detail bereitet das Gesundheitssystem aber dennoch Sorgen. Es hapert an einigen Ecken und Enden. Eine Anamnese.

Von Hans-Jörg Bruckberger

I

ch komme gerade aus dem Nachtdienst. Wir hatten einen Patienten, der kam wegen eines Schnupfens, ein anderer wollte eine Zweitmeinung zu einem Befund einholen.“ Was Dr. Karlheinz Kornhäusl, Arzt und Funktionär der Ärztekammer, erst kürzlich auf einer Veranstaltung erzählte, ist gelebter Alltag im heimischen Gesundheitswesen. Überfüllte Spitalsambulanzen sind Ausdruck eines Systemfehlers, erklären einige der aktuellen Probleme in einem insgesamt freilich nach wie vor noch recht zufriedenstellenden Gefüge.

Denn das österreichische Gesundheitswesen hat, gerade auch im internationalen Vergleich, durchaus seine Vorzüge. „Österreich hat bei der Frage nach unerfüllten Behandlungswünschen einen der niedrigsten Werte innerhalb der EU. Bei der (spitzen-)medizinischen Versorgung zeichnet sich unser System durch eine hohe Dichte und

Niederschwelligkeit aus“, sagt Dr. Herwig Ostermann, Geschäftsführer der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG).

Das bestätigt der offizielle Befund von EU-Kommission und OECD im „Länderprofil Gesundheit 2017“, in dem unter anderem nur geringe Versorgungsunterschiede zwischen den Einkommensgruppen sowie eine gute Leistung in der Akutversorgung diagnostiziert werden. Die Lebenserwartung bei Geburt lag im Jahr 2000 bei 78,3 Jahren, 2015 waren es bereits 81,3 Jahre, womit Österreich über dem EU-Durchschnitt liegt. Über dem Schnitt liegt Österreich allerdings auch bei den Ausgaben: Unser Land gibt rund 3.800 Euro pro Kopf und Jahr für die Gesundheitsversorgung aus, etwa 1.000 Euro mehr als der Durchschnitt in der EU. Insgesamt summieren sich die laufenden Gesundheitsausgaben einschließlich jener für Langzeitpflege laut Statistik Austria auf 36,88 Milliarden Euro, das sind 10,4 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP). >>



**HERWIG
OSTERMANN**

Ao. Univ.-Prof. Dr. Herwig Ostermann ist seit 1. August 2016 Geschäftsführer der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). Er hält eine Teilzeitprofessur für Health Policy and Administration am Department für Public Health und Health Technology Assessment an der UMIT. Ostermann studierte Internationale Wirtschaftswissenschaften und Gesundheitswissenschaften.

Womit wir wieder bei den eingangs erwähnten überfüllten Spitalsambulanzen wären. Denn der stationäre Bereich ist teuer. Österreich wendet mehr als ein Drittel seiner Gesundheitsausgaben für die stationäre Versorgung auf – ein Anteil, der nur in Griechenland und Polen höher ist. Auch die Quote der Spitalsbetten pro Einwohner sucht in der EU ihresgleichen.

Einstieg auf jeder Ebene

„Nach Schätzungen könnten rund 60 Prozent der Patientinnen und Patienten der Notaufnahmen auch in Strukturen versorgt werden, welche den Krankenhäusern vorgelagert sind“, sagt Dr. Michael Heinisch, Geschäftsführer der Vinzenz Gruppe. „Wir sind wohl das letzte Land der Welt, wo der Patient in jeder Versorgungsebene einsteigen kann“, ergänzt der Gesundheitsökonom Dr. Ernest Pichlbauer: „Alle anderen Länder haben eine abgestufte Versorgung, da eben die Behandlung eines Schnupfens keinen Universitätsprofessor für HNO braucht.“ Dieser völlig freie Zugang fühle sich für Patienten sehr gut an, weshalb Österreich bei der Patientenzufriedenheit gut abschneide. „Versorgungswissenschaftlich ist das jedoch nicht vernünftig“, so Pichlbauer.

Der völlig freie Zugang fühle sich für Patienten sehr gut an. Versorgungswissenschaftlich ist das jedoch nicht vernünftig.

Ernest Pichlbauer

„Bei uns hat es sich eingebürgert, dass Ambulanzen ein Ersatz sind für Leistungen im niedergelassenen Bereich“, sagt Univ.-Prof. Dr. Gottfried Haber, Vizedekan der Fakultät für Gesundheit & Medizin an der Donau-Universität Krems (siehe Interview auf Seite 15). Freilich habe das einen guten Grund: Oft, etwa abends oder an Wochenenden, fehle es sogar in Ballungsräumen an entsprechendem Versorgungsangebot im niedergelassenen Bereich. Genau deshalb spricht

AUSGABEN ÖSTERREICHISCHES GESUNDHEITSSYSTEM GESAMT 2016:

36,88

MILLIARDEN EURO

Quelle:
EU-Kommission,
OECD: Länderprofil
Gesundheit 2017;
Statistik Austria

10,4 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP)
oder 3.800 Euro pro Kopf.
Das ist um rund 1.000 Euro mehr als der EU-Durchschnitt.

sich Dr. Clemens Martin Auer, Sektionsleiter im Bundesministerium für Gesundheit, auch gegen die mancherorts geforderte Ambulanzgebühr aus: „Warum soll ich die Bevölkerung bestrafen, wenn die Versorgungsstrukturen nicht zugänglich genug sind?“

Seine Diagnose: „Wenn wir ein Problem haben, dann mit der Primärversorgung.“ Er wolle die Hausärzte nicht kritisieren, sie würden einen guten Job machen. Aber sie seien nicht organisationsstark genug, um der große Puffer zu sein und möglichst viel abfedern zu können. „Sie werden mit der durchschnittlichen Öffnungszeit eines Vertragsmediziners keine flächendeckende zeitliche Verfügbarkeit hinbekommen. Deswegen gibt es ja das Primärversorgungsgesetz, das dieser Schwäche entgegenwirken will.“ Bis Ende 2020 sollen österreichweit 75 neue Primärversorgungseinheiten (PVE) entstehen, wofür zusätzliche Mittel von 200 Millionen Euro bereitgestellt werden. Sie sollen eine niederschwellige Versorgung mit einem breiten Leistungsspektrum und kundenfreundlichen Öffnungszeiten bieten. In diesen Einheiten sollen Allgemeinmediziner miteinander, aber auch mit anderen Fachärzten und Gesundheitsberufen zusammenarbeiten. Jungen Ärzten bieten diese Zentren, wie Ostermann betont, zudem die Möglichkeit, in die niedergelassene Praxis zu gehen, ohne gleich das gesamte wirtschaftliche Risiko tragen zu müssen. Jetzt liegt es an der Sozialversicherung und der Ärztekammer, einen neuen Gesamtvertrag aufzusetzen.

Die Primärversorgungseinrichtungen sollen die Lücke zwischen dem niedergelassenen Bereich und dem stationären Bereich mit seinen Ambulanzen schließen. Professor Haber sieht die Aufgabe einer PVE hauptsächlich in der akuten Erstversorgung und der Triage, einer geordneten Weiterleitung und Steuerung der Patientenströme. Dies gilt natürlich auch für den einzelnen Hausarzt, der sich stärker vernetzen sollte. Denn Einigkeit herrscht unter praktisch allen Systempartnern, dass in der Primärversorgung Pluralität gefragt ist. „Während in einer Region die Patienten in Ordinationen durch das System geführt werden, könnten es in einer anderen Region Primärversorgungszentren sein“, erklärt Heinisch. Einen

„massiven Risikofaktor“ macht der Spitalsmanager in der Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten aus: „Die aufgrund von Pensionierungen ausscheidenden Allgemeinmediziner können aktuell zahlenmäßig nicht durch neu ausgebildete Ärzte ersetzt werden.“ Dies werde insbesondere in ländlichen Regionen zu Versorgungsproblemen führen. GÖG-Chef Ostermann denkt darüber hinaus: „Es ist wichtig, dass wir bei der künftigen Planung des Personalbedarfs alle Gesundheitsberufe gemeinsam betrachten, um allfällige Engpässe avisieren und Maßnahmen setzen zu können.“

Die aktuelle Situation für den britischen Nationalen Gesundheitsdienst NHS ist in der Tat bedenklich.

Doris A. Behrens

Finanzierung zerfällt

Pichlbauer stellt dem heimischen Gesundheitssystem insgesamt kein gutes Zeugnis aus. Seit Jahrzehnten werde die Ineffizienz des Systems von verschiedensten Experten analysiert und kritisiert, allein geändert habe sich nichts. „Während praktisch alle Länder die Finanzierung aus einer Hand haben, fällt die Finanzierung in Österreich in zwei Hände, die sich ihrerseits dann auch noch in viele Bereiche (Bund, Länder, Gemeinden, Krankenkassen, Pensionsversicherungen, Unfallversicherungen etc.) aufteilen – womit alle machen, was sie wollen, und nur zufällig das Richtige für den Patienten rauskommt“, so Pichlbauer. Dafür, wie viel wir investieren, sei das Ergebnis dürftig, meint der Gesundheitsökonom, und verweist etwa auf das relativ schwache Ab- >>



**ERNEST G.
PICHLBAUER**

Dr. Ernest G. Pichlbauer studierte Medizin in Wien, ist ausgebildeter Controller und war am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen sowie für den niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds tätig. Er etablierte sich als Gesundheitsökonom und unabhängiger Experte für Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung.



DORIS A. BEHRENS

Dr. Doris A. Behrens ist seit 2015 als „Research Associate / Mathematical Modeller“ an der Aneurin Bevan University Health Board in Wales tätig. Zudem wirkt sie an der Cardiff University, School of Mathematics. Behrens studierte an der Technischen Universität Wien, wo sie sich auf Biomathematik spezialisierte.



CLEMENS MARTIN AUER

Dr. Clemens Martin Auer ist Sektionschef im österreichischen Bundesministerium für Gesundheit, wo er die Sektion I Gesundheitssystem, zentrale Koordination leitet. Auer studierte Philosophie und Politikwissenschaften an der Universität Wien.



JOHANNES STEINHART

Dr. Johannes Steinhart ist 2. Vizepräsident der Österreichischen Ärztekammer und Obmann Bundeskurie Niedergelassene Ärzte. Er studierte Medizin in Wien. In der Folge war er als Oberarzt und von 1992 bis 2015 als ärztlicher Leiter an der urolog. Abt. der Krankenanstalt des Göttlichen Heilandes tätig, Steinhart ist zudem Niedergelassener Facharzt für Urologie.

Wenn wir ein Problem haben, dann mit der Primärversorgung.

Clemens Martin Auer

schneiden der Österreicher bei den gesunden Lebensjahren (auch behinderungsfreie Lebenserwartung genannt) und beim Thema Prävention. Österreich gibt vergleichsweise wenig für Vorsorgemaßnahmen aus und fällt beim ungesunden Lebensstil negativ auf (Alkoholkonsum und Raucherquoten gehören zu den höchsten in der gesamten EU). „Solange der, der in Prävention investiert, nicht der Gleiche ist, der davon profitiert, so lange wird Prävention nicht umgesetzt werden können“, meint der Systemkritiker.

Zerrissen zwischen Modellen

Die Zerrissenheit zwischen Steuerfinanzierung und Sozialversicherungsfinanzierung sieht auch Haber kritisch: „Vieles resultiert aus der Schwierigkeit, dass wir nicht Fisch, nicht Fleisch sind. Ein unglücklicher Mix aus beiden ist in der Regel besonders problematisch.“ Sektionsleiter Auer gibt sich pragmatisch: „Ich war früher selbst ein Verfechter der Finanzierung aus einer Hand. Aber dazu müsste man ja die Verfassung ändern. Ich habe das aufgegeben. Wir müssen aufhören, das zu beklagen, sondern uns mit der Wirklichkeit arrangieren. Und dieses Arrangement heißt Zielsteuerung, indem man mit einem, zugegeben komplizierten Vertragswesen zwischen den Steuerungspartnern gemeinsame Reformmaßnahmen verbindlich macht. Das ist der Versuch, das fragmentierte System gemeinsam zu beherrschen. Und das funktioniert ja gar nicht schlecht.“ Was die Zersplitterung betrifft, so seien im Übrigen praktisch alle Gesundheitssysteme der Welt stark fragmentiert.

Auch jenes in Großbritannien, das für viele ein warnendes Beispiel ist. „Die aktuelle Situation für den Nationalen Gesundheitsdienst NHS ist in der Tat bedenklich“, erklärt Dr. Doris A. Behrens, tätig in einem Health Board in Südwesten, in Anbetracht von Engpässen bei Spitalsbetten und Personal. Ein Grund sei die chronische Unterfinanzierung des NHS. Man „zahle“ freilich auch den „Preis“ für ein System, in dem jeder Einwohner das Recht auf kostenfreien Zugang zu medizinischer Versorgung hat, so Behrens, die betont, dies zu befürworten. Nur werden die Einwohner immer mehr und vor allem älter, was die Bedarfsstruktur ändert. Und auch wenn man die Systeme nicht eins zu eins vergleichen kann, so kommt einem manches doch bekannt vor: So gebe es, wie die Expertin ausführt, innerhalb des NHS auch Ineffizienzen und das System leide unter Reibungsverlusten auf Grund starker Fragmentierung. „In vielen Dingen scheint das österreichische System dem britischen nicht ganz so unähnlich.“

Nach Schätzungen könnten rund 60 Prozent der Patienten der Notaufnahmen auch in den Krankenhäusern vorgelagerten Strukturen versorgt werden.

Michael Heinisch

Auch wenn die Symptome des bereits kränkelnden Systems aufgrund der weniger angespannten finanziellen Situation in Österreich vielleicht noch nicht so gut sichtbar seien, wie jene in Großbritannien und Nordirland.

Droht die Zweiklassenmedizin?

Sorgen bereitet auch eine stagnierende Zahl an Vertragsärzten und zunehmende Anzahl an Wahlärzten. Driftet Österreich gar in eine Zweiklassenmedizin ab? „Ich beobachte eine schleichende Privatisierung des Gesundheitssystems“, sagt Auer. Wenn die makroökonomische Situation einmal kippen sollte, dann funktioniere irgendwann auch das Solidarsystem nicht mehr. „Die Paradoxie des Solidarsystems besteht darin: Wenn es viel Arme gibt, gibt es keine Solidarität. Weil die wenigen, die in der Lage sind, die Armen zu versorgen, weniger werden und irgendwann nicht mehr können.“ Pichlbauer sieht schon jetzt ein „entsolidarisierendes Mehr-Klassen-System“ und gibt zu bedenken: „Je größer die Gruppe chronisch Kranker wird – und die Babyboomer kommen erst in das Alter –, desto schwieriger wird es für die Politik sein, die Solidarität durch ‚Gesundbeten‘ aufrechtzuerhalten und Opt-out-Forderungen zu unterdrücken.“ Aufgrund der demografischen Entwicklung müssen à la longue immer weniger Beitragszahler für immer mehr ältere und pflegebedürftige Menschen aufkommen. Es droht ein massiver

Fotos: Auer © Arno Mikkor; Steinhart © ÖÄK/Christian Leopold; Heinisch © Vinzenz Gruppe P. Mayr

Mehrbedarf an teuren Therapien und eine „riesige Baustelle im Bereich der Pflege“, wie es Professor Haber formuliert. Er glaubt, dass der Anteil der Gesundheitsleistung an der Wirtschaftsleistung langfristig steigen wird.

Das sieht auch der 2. Vizepräsident der Österreichischen Ärztekammer, Dr. Johannes Steinhart, so. Er streicht allerdings das Wort langfristig und sieht schon jetzt Handlungsbedarf: „Im Gesundheitsbereich wird immer nur gespart, wir sind kategorisch unterfinanziert.“ Er verweist darauf, dass Länder wie Deutschland oder die Schweiz mit 11,3 bzw. gar 12,4 Prozent des BIP für laufende Gesundheitsausgaben deutlich mehr aufwenden als Österreich mit seinen 10,4 Prozent. Daraus würden sich rund 3,5 Milliarden Euro an Unterfinanzierung errechnen. Für den Status quo der Versorgung bricht der Landesvertreter aber eine Lanze: „Unser Gesundheitssystem wird seit Jahren krankgeredet.“ Und Doris Behrens schürt Hoffnung: „Unsere Chance ist, dass Österreich ein kleines Land ist und integrative Lösungen tatsächlich durchsetzen könnte – sofern wir über genügend innovativen Geist und die entsprechenden Fähigkeiten verfügen.“ ■

Mag. Hans-Jörg Bruckberger ist Chefredakteur der „Medical Tribune“, der Fachzeitung für die österreichische Ärzteschaft.



MICHAEL HEINISCH

Dr. Michael Heinisch ist seit Juli 2015 Vorsitzender der Geschäftsleitung der Vinzenz Gruppe, Krankenhausbeteiligungs- und Management GmbH in Wien. Seit 2011 wirkt er auch an der Donau-Universität Krems, als Lektor des MBA-Universitätslehrgangs Health Care Management.

ANZEIGE

THE NEW FACE OF SECURITY

Securitas – weltweite Kompetenz in Sicherheit. Als Innovations- und Qualitätsführer hat sich Securitas auf die Entwicklung von maßgeschneiderten Sicherheitslösungen spezialisiert, die personelle Dienstleistung und High-End-Sicherheitstechnik zu individuellen Angeboten verbinden.

_GESUNDHEITS-CHECK



LETLAND

WO KRANKHEITEN UNBEHANDELT BLEIBEN

Fast jeder achte Lette bleibt mit einem unerfüllten Behandlungswunsch zurück. Im Nachbarland Estland ist die Situation nur leicht besser. Österreich ist das Paradies für eingebilddete und wirklich Kranke: Nur 0,1 Prozent der Bevölkerung geben an, dass ein Behandlungswunsch unerfüllt geblieben ist.

Anteil Bevölkerung mit unerfülltem Behandlungswunsch

Österreich: 0,1 %
 Deutschland: 1,6 %
 Estland: 11,3 %
Lettland: 12,5 %

Quelle: EUROSTAT 2014

Der Leidensdruck ist schon groß

Als zu wenig marktwirtschaftlich sieht der Ökonom **Gottfried Haber** Österreichs Gesundheitssystem. Der hervorragenden Zugänglichkeit und Qualität stünden schlechte Lenkung der Patientenströme und zersplitterte Entscheidungsstrukturen gegenüber.

Interview: Hans-Jörg Bruckberger

upgrade: Herr Professor Haber, welche Note würden Sie unserem Gesundheitssystem geben?

Gottfried Haber: Für Zugänglichkeit und Qualität eine glatte Eins, eine römische Eins sogar. Der Anteil der Bevölkerung mit unerfülltem Behandlungswunsch ist bei uns fast nicht vorhanden und es ist auch nicht an den sozialen Status gekoppelt. Das ist eines der niederschwelligsten Gesundheitssysteme der Welt! Für die Zersplitterung der Entscheidungs- und Finanzierungsstruktur, für die Steuerung der Patientenströme würde ich jedoch eine deutlich schlechtere Note vergeben – hier besteht Nachholbedarf. Effizienz ist ein riesiges Problem bei uns. Es krankt an der Schnittstelle – bei der Finanzierung wie auch der Versorgung. Und es

fehlt diese Gatekeeper-Funktion, wo jemand den Behandlungspfad managt. Da könnten wir qualitativ noch viel hochwertiger werden.

Womit wir bei den überfüllten Spitalsambulanzen wären. Ist der freie Zugang zu allen Stufen im System wirklich sinnvoll?

Haber: Bei uns hat es sich eingebürgert, dass Ambulanzen ein Ersatz sind für Leistungen im niedergelassenen Bereich. Freilich hat man sogar in Ballungsräumen zum Beispiel am Wochenende wenig Versorgung in Ordinationen. Die Primärversorgungseinrichtungen (PVE) sind ein logischer Lückenschluss zwischen dem niedergelassenen Bereich und dem stationären Bereich mit seinen Ambulanzen. >>

PVEs können aber wohl auch nicht alle Probleme lösen, so wie das oft dargestellt wird – erst recht nicht die vorerst österreichweit geplanten 75 Zentren, oder?

Haber: Nein, aber sie sind eine sinnvolle Ergänzung. Im Idealfall arbeiten in einem PVE neben Allgemeinmedizinerinnen auch Radiologen, Internisten, Orthopäden bis hin zu Pflegeberufen, Physiotherapeuten usw. zusammen. Wobei: Ich sehe die Aufgabe eines PVE hauptsächlich in der akuten Erstversorgung und der Triage. Man kann die Patientenströme ja weiterleiten. Wichtig wäre auch, dass man die telemedizinische Betreuung weiter ausbaut als erste Instanz. Und natürlich sollte der Hausarzt als Gatekeeper agieren. Nicht nur das, sondern er sollte auch ein Gesundheitscoach des Patienten sein, der ihn auch in Sachen Vorsorge berät. Das müsste aber auch honoriert werden. Ein ausführliches Gespräch über Lebensstil kann der Hausarzt derzeit ja gar nicht abrechnen. Damit schafft das System falsche Anreize. Prävention, Vorsorgeleistungen werden unzureichend honoriert.

Unser System bringt das ökonomische Element zwar hinein, reduziert es aber auf die kurzfristigen Kosten.

Gottfried Haber

Derzeit schneiden wir in Sachen Prävention schlecht ab und auch bei der so genannten gesunden Lebenserwartung – dafür wie viel wir in das System investieren. Woran liegt das?

Haber: Das Problem ist, dass sich Prävention erst langfristig rechnet. Durch Screening entdecke ich sogar mehr Krankheiten, was mich kurzfristig mehr kostet. Natürlich ist das Wohl des Patienten das Wichtigste und langfristig ist es auch finanziell positiv, wenn ich Dinge früh erkenne und interveniere. Aber hier muss ein Akteur zunächst Geld ausgeben, dafür, dass sich ein anderer später Geld erspart. Das ist gegenwärtig schwer darstellbar.

Ist das System gar zu marktwirtschaftlich?

Haber: Im Gegenteil: Es ist zu wenig marktwirtschaftlich! Wirtschaft bedeutet ja immer das Optimum finden zwischen Kosten und Nutzen. Unser System bringt das ökonomische Element zwar hinein, reduziert es aber auf die kurzfristigen Kosten. Wesentlich wäre, auch langfristig zu denken. Deshalb würde ich provokant sagen: Wir brauchen mehr wirtschaftliche Konzepte bei der Analyse und Steuerung des Gesundheitssystems – und zwar langfristig und quer über verschiedene Träger hinweg.

Wie problematisch sehen Sie diese Fragmentierung des Systems, allen voran die Zerrissenheit zwischen Steuerfinanzierung und Finanzierung durch die Sozialversicherung?

Haber: Man muss diskutieren, ob man eher ein steuerfinanziertes oder ein versicherungsfinanziertes System will. Bei uns resultiert viel aus der Schwierigkeit, dass wir nicht Fisch, nicht Fleisch machen. Ich persönlich halte ein versicherungsfinanziertes System für die ökonomisch konsistentere und auch langfristig leistungsfähigere Variante, weil ein solches mit demografischen Entwicklungen und anderen Faktoren mitwächst und sich anpasst. Es gibt aber auch Argumente für steuerfinanzierte Systeme, die sind nicht a priori schlecht. Ein unglücklicher Mix aus beiden ist in der Regel besonders problematisch.

Die Regierung plant einige Reformen. Stimmt Sie das zuversichtlich und ist etwa



eine Zusammenlegung von Sozialversicherungsträgern sinnvoll?

Haber: Der Leidensdruck ist schon groß, deshalb bin ich zuversichtlich, dass etwas weitergeht. Die neue Regierung hat jetzt ein Zeitfenster, um ohne Rücksicht auf die Vergangenheit Strukturen und Prozesse verändern zu können. Die Anzahl der Sozialversicherungsträger zu reduzieren macht schon Sinn. Aber wichtiger ist mir als Ökonom die Frage, wie vereinheitlicht man die Systeme inhaltlich? Braucht man wirklich unterschiedliche Systeme für Beamte, Selbständige und Unselbständige? Kann man das nicht einheitlich gestalten in einem Land mit acht Millionen Einwohnern? Daraus ergibt sich dann automatisch die Frage, ob man so viele Sozialversicherungsträger braucht.

Müssen wir eine Zweiklassenmedizin fürchten? Tendenzen gibt es ja bereits – etwa durch die steigende Zahl an Wahlärzten.

Haber: Die Zweiklassenmedizin habe ich in Österreich praktisch nicht, wenn es um die medizinische Kernleistung geht. Wenn es um das Drumherum geht – beginnend bei den Wartezeiten bis hin zur Hotelleistung in Krankenhäusern –, dann habe ich bereits eine Differenzierung. Es ist richtig, dass jeder unabhängig von seinem Einkommen die gleiche inhaltliche Leistung bekommen soll. Aber ich halte es auch für richtig, dass es darüber hinaus Differenzie-

rungspotenziale gibt. Wenn jemand glaubt, in einer marmorgetäfelten Suite entbinden zu müssen, und bereit ist, dafür mehr zu bezahlen, dann finanziert diese Person ja die anderen mit. Ich halte solche Querfinanzierungen durch die nichtmedizinischen Leistungen für durchaus sinnvoll. Auch im Pflegebereich. Ich wünsche mir ein Land, in dem unabhängig davon, wie viel auf meinem Bankkonto ist, jeder eine gute Langzeitpflege im Alter hat. Dass aber dem einen ein Zweibettzimmer reicht und der andere hätte gerne ein Penthouse mit 200 Quadratmetern, das ist ja legitim. Aber dann kann diese Person auch dafür zahlen. Die Thematik der Sonderklasse sollte man nicht nur den privaten Anbietern überlassen. Aber da tut sich die öffentliche Hand schwer – denn da heißt es gleich, wir haben eine Zweiklassenmedizin. Man sollte Hotelleistungen durchaus zur Quersubventionierung verwenden. Warum die Marktpotenziale nur den Privaten überlassen?

Wie ist das demografische Problem zu lösen, dass immer mehr älteren Patienten immer weniger Beitragszahler gegenüberstehen? Müssen wir à la longue mehr Geld ins System einzahlen?

Haber: Deshalb sind Versicherungssysteme rein steuerfinanzierten Systemen überlegen. Da ist zumindest die fiktive Idee dahinter, dass ich während meines Lebens im Schnitt das an Beitrag einzahle, was ich dann insgesamt konsumiere. Ein Versicherungssystem kann mit einer demografischen Veränderung besser umgehen als ein steuerfinanziertes System, das ja immer in einer Umlagepolitik ist. Und was mir sozialpolitisch gefällt: Bei einer Versicherung habe ich auch einen Rechtsanspruch, dass ich mit einer entsprechenden Sachleistung versorgt werde. Auch das Pflege Thema werden wir letztlich nur über eine Pflegeversicherung lösen. Es wird eine soziale Pflegeversicherung kommen müssen. Pflegebedürftigkeit ist ein Risiko, das uns alle betrifft, und deshalb macht eine solidarische Pflichtversicherung Sinn, die eine gute Basisversorgung abdeckt. Darüber hinaus kann man ja für Zusatzleistungen ansparen. Langfristig glaube ich, dass der Anteil der Gesundheitsleistungen an unserer Wirtschaftsleistung steigen wird. ■

Univ.-Prof. MMag. Dr. Gottfried Haber ist Vizekanzler der Fakultät für Gesundheit und Medizin, Leiter des Departments für Wirtschaft und Gesundheit sowie Leiter des Zentrums für Management im Gesundheitswesen der Donau-Universität Krems. Er studierte Volkswirtschaft und Betriebswirtschaft und ist Mitglied des Generalrates der Oesterreichischen Nationalbank und Vizepräsident des Fiskalrates.



Im Fokus:
Das Department für Wirtschaft
und Gesundheit der
Donau-Universität Krems

Gesundheit, ökonomisch betrachtet

10,4 Prozent des Bruttoinlandsprodukts oder aktuell rund 37 Milliarden Euro gibt Österreich für sein Gesundheitssystem und die Langzeitpflege aus. Gesundheit ist damit ein bedeutender Faktor der Volkswirtschaft und ein zunehmend wichtiger werdendes Betätigungsfeld nicht nur für die makroökonomische Perspektive, sondern auch für die betriebswirtschaftliche Betrachtung von Prozessen und Abläufen. Das Department für Wirtschaft und Gesundheit der Donau-Universität Krems befasst sich in Lehre und Forschung seiner drei Zentren intensiv mit diesem dynamischen Gebiet. Sein Leiter, der Ökonom Univ.-Prof. MMag. Dr. Gottfried Haber, zur Aufgabe: „Das Department betrachtet das Gesundheitssystem gesamthaft und befasst sich mit allen Wissensbereichen im Zusammenhang mit ökonomischen und betriebswirtschaftlichen Fragestellungen im Bereich Gesundheit im weitesten Sinne.“



Lehre

In der Lehre ist das Department einer der erfolgreichsten und größten Anbieter von Weiterbildungsprogrammen für das Management privater und öffentlicher Einrichtungen im Gesundheitssektor, in den Bereichen Pharmamanagement, Leitung von Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialbereichs, aber auch Wirtschaftspsychologie, soziale Arbeit und Gesundheitstourismus. Bei der Vermittlung von praxisrelevanten Managementkompetenzen steht Interdisziplinarität im Vordergrund.

Beispiele:

- > Executive MBA in Health Care Management mit verschiedenen Vertiefungen
- > Commercial Excellence in Pharmaceutical Industry
- > Tourismus, Wellness- und Veranstaltungsmanagement, MBA

Forschung

Im Rahmen evidenzbasierter ökonomischer und betriebswirtschaftlicher Forschung untersucht das Department wirtschaftswissenschaftliche Aspekte des Gesundheitswesens in struktureller, institutioneller und inhaltlicher Hinsicht. Die Forschungsergebnisse werden einerseits in die Lehre integriert, andererseits sollen sie einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Gesundheitssysteme leisten.

Daran forscht das Department aktuell:

- > Entwicklung von Kennzahlen und Methoden für gesundheitsökonomische Evaluationen
- > Evaluation integrierter Versorgungsmodelle
- > Evaluation innovativer Versorgungsformen im Gesundheitswesen

_GESUNDHEITS-CHECK



GRIECHENLAND



HAUSÄRZTE RAR GESÄT

Mit nur 31 Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern je 100.000 Köpfen müssen die Bewohner Griechenlands auskommen. Sie bilden damit das Schlusslicht in Europa. Mehr als fünfmal so viele Hausärzte sind es in Österreich.

Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner je 100.000 Einwohner

Irland: 247
Österreich: 162
Durchschnitt: 99
Griechenland: 31

Quelle: EUROSTAT 2012

Den perfekten Apparat gibt es nicht

Auch das gerne als Vorbild zitierte niederländische Gesundheitssystem hat seine Schwächen. Wichtig ist vielmehr das Aufsetzen unterschiedlicher Best-Practice-Modelle, damit das österreichische Gesundheitssystem fit für die Zukunft wird.

Von Sabine Fisch

D

as niederländische System profitiert zu einem von einer strengen Orientierung am Gate-Keeper-System“, sagt Eva Krczal. Als Ökonomin ist die Assistenzprofes-

sorin an der Donau-Universität Krems auf den internationalen Vergleich von Gesundheitssystemen spezialisiert. „Der Patient muss zum Hausarzt, der ihn bei Bedarf zum Facharzt bzw. ins Krankenhaus überweist.“ In den Niederlanden gibt es keine freie Arztwahl, Krankenhäuser sind nicht für die Primärversorgung zuständig. Der Staat bietet keine medizinischen Leistungen an, Spitäler werden zwar als gemeinnützige Institutionen geführt, sind allerdings in privater Hand.

Wie in Österreich sind 99 Prozent der Niederländerinnen und Niederländer gesetzlich krankenversichert. In den Niederlanden kommt noch eine gesetzlich verpflichtende Pflegeversicherung hinzu. Zudem sind rund 95 Prozent aller Niederländerinnen und Niederländer zusätzlich privat krankenversichert. Das Gesundheitssystem wird mittels einkommensbasierter

Pflichtbeiträge und Versicherungsprämien finanziert. In Österreich erfolgt die Finanzierung des Gesundheitssystems zum einen über die Pflichtversicherungsbeiträge, zum anderen aus steuerlichen Mitteln.

„Insgesamt sehen wir in den Niederlanden eine niedrigere Zahl an Arztbesuchen“, erläutert Krczal, die mit ihrem Team kürzlich einen Bericht zum niederländischen Gesundheitssystem erarbeitet hat.¹ Viele gesundheitsbezogene Leistungen, für die nicht unbedingt ein Arzt oder eine Ärztin benötigt wird, führen spezialisierte Pflegekräfte durch, seien es Gemeindepflegekräfte oder angestellte Pflegepersonen in Arztpraxen.

Auch Primärversorgungszentren, in denen mehrere Ärztinnen und Ärzte gemeinsam mit Vertretern anderer Gesundheitsberufe zusammenarbeiten, bilden eine wichtige Säule des niederländischen Gesundheitssystems. Krczal empfiehlt dies explizit auch für das österreichische Gesundheitssystem, weil dies „eine bessere Grundversorgung, aber auch eine ausgeglichene Work-Life-Balance für die im Primärversorgungs- >>



MARIA M. HOFMARCHER

MMag. Dr. Maria M. Hofmarcher war lange Zeit als Senior Researcher am Institut für Höhere Studien tätig und etablierte den multidisziplinären Forschungsbereich IHS HealthEcon. Seit 2017 ist die Gesundheitsökonomin Direktorin des Forschungsinstitutes Health System Intelligence.

zentrum tätigen Ärztinnen und Ärzte bietet“. Bis 2021 sollen in Österreich 75 Primärversorgungszentren geschaffen werden, aktuell gibt es lediglich sechs.

„Deutschland ist hier weiter, wenn auch hier der Ausbau der Primärversorgungszentren langsamer als geplant voranschreitet“, berichtet Krczal. Teilweise sind ganze Regionen in eine vernetzte Versorgung eingebunden. Krczal nennt etwa das Kinzigtal im deutschen Baden-Württemberg. Seit der Gesundheitsreform 2004 besteht für deutsche Krankenversicherte auch die Möglichkeit, sich fix bei einem Hausarzt einzuschreiben, der dann eine Gatekeeper-Funktion einnimmt.

Entlastung der Spitalsambulanzen

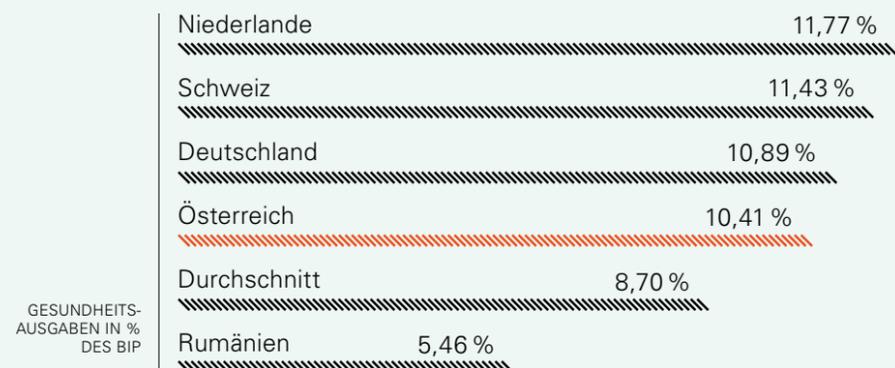
Einen Ausbau der Primärversorgung wünscht sich auch Dr. Maria M. Hofmarcher, Direktorin des Think-Tanks „Health System Intelligence“. „Die Schaffung von Strukturen, die eine primäre medizinische Versorgung außerhalb des Krankenhauses ermöglichen, halte ich für sehr wichtig.“ Sie setzt sich für eine Entlastung der Ambulanzen und für den Ausbau der Primärversorgung im niedergelassenen Bereich ein. Auch vermehrten Wettbewerb zwischen den Anbietern von Gesundheitsdienstleistern sieht Hofmarcher positiv.

Wettbewerb spielt im niederländischen wie auch im deutschen Gesundheitssystem eine wesentliche Rolle. Immer mehr Krankenhäuser in Deutschland werden von privater Hand geführt. Dazu zählt etwa die Fresenius-Gruppe. Auch Klinikketten werden zunehmend populär, wie etwa die Rhön-Kliniken. „Solche Klinikverbünde oder privat geführte Spitäler fördern den Wettbewerb“, zeigt sich Krczal überzeugt. „In Österreich dagegen gibt es so gut wie keinen Wettbewerb im Gesundheitswesen.“

Gute Noten für die Schweiz

Auch in der Schweiz kommt dem Wettbewerb im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle zu. Lediglich 58 der 288 Krankenhäuser werden von der öffentlichen Hand finanziert.² Der Rest sind Privatanstalten mit verschiedenen Rechtsformen. Zum Vergleich mit anderen europäischen Gesundheitssystemen eignet sich die Schweiz nur bedingt. „Der Bund hat in der Schweiz nur wenig Kompetenz, hier sind die Kantone für die Gesundheitsversorgung zuständig“, sagt Krczal. Finanziert wird das Gesundheitssystem der Schweiz hauptsächlich über Versicherungsprämien, allerdings ist die Höhe der Krankenversicherung nicht vom Einkommen abhängig, vielmehr gibt es eine Kopfpauschale. Rund ein Drittel der

Gesundheitsausgaben in Europa: Österreich im oberen Drittel



Strukturen, die eine primäre medizinische Versorgung außerhalb des Krankenhauses ermöglichen, halte ich für sehr wichtig.

Maria M. Hofmarcher

Schweizer Bevölkerung erhält Zuschüsse zu Gesundheitsleistungen.

Insgesamt stellt Krczal dem Schweizer Gesundheitssystem gute Noten aus. „Die Schweiz weist in Rankings immer sehr gute Outcomes auf, was Lebensqualität, gesunde Lebensjahre und Lebenserwartung betrifft.“ Allerdings ist das Schweizer Gesundheitssystem teuer, allein die Selbstbehalte pro Person und Jahr betragen ungefähr 1.000 Euro.

„Ein perfektes Gesundheitssystem kann es nicht geben“, meint Krczal. „Denn nicht allein das Gesundheitswesen bestimmt, wie gesund wir wirklich sind.“ Vielmehr spielen auch andere Faktoren eine wichtige Rolle. Dazu gehören etwa ein gut ausgebautes Sozialwesen, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Maria Hofmarcher sieht vor allem die bessere ambulante Versorgung älterer Menschen nach einem Spitalsaufenthalt als wesentlichen Faktor für ein gelingendes Gesundheitssystem an. Krczal sieht zur Verbesserung des Gesundheitswesens in Österreich zusätzlich einige Faktoren, wie etwa eine gesamtheitliche Sichtweise, Kooperation zwischen Ärztinnen und Ärzten untereinander und mit anderen Gesundheitsberufen sowie eine stärkere Fokussierung auf die Prävention.

Durchwursteln als Lösung

Ein perfektes Gesundheitssystem kann es auch deswegen nicht geben, weil die unterschiedlichen „Mitspieler“ im Gesundheitswesen häufig stark voneinander abweichende Interessen haben. Bernhard Rupp, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Niederösterreich, nennt ein Beispiel: „Stellen Sie sich ein Landspital mit einer kleinen geburtshilflichen Abteilung in einer Region vor, in der es einen hohen Altersschnitt gibt.“ Dies bedeutet, so Rupp, einen immer stärker werdenden Rückgang der Geburten. Die medizinische Evidenz und die Betriebswirtschaft würden nahelegen, so Rupp, aus Qualitäts- und Kostengründen diese Abteilung zu schließen. „Die jungen Leute in der Region, die Kinder bekommen, wollen aber die wohnortnahe bequeme Versorgung.“ Der Bürgermeister der Gemeinde will nicht, dass Arbeitsplätze wegfallen, und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der geburtshilflichen Abteilung wollen nicht kilometerweit woandershin zur Arbeit fahren. Es ist augenscheinlich nicht möglich, einfache „perfekte“ Lösungen zu finden – es geht um Interessenabwägung – „muddling through“ –, grob übersetzt, „sich durchwursteln“. Und das gelte, so Rupp abschließend, durchaus nicht nur für das österreichische Gesundheitssystem. „Das gilt für jedes Gesundheitssystem der Welt.“ ■

¹Quelle: <https://www.donau-uni.ac.at/de/department/wirtschaft-gesundheit/evidenzbasierte-gesundheitssoekonomie/projekte/index.php>, abgerufen am 28.2.2018

²Quelle: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/zahlen-fakten/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html>, abgerufen am 28.2.2018

³Muddling through meint in der Organisations-theorie die Konzeption einer Steuerung, die aufgrund sich wechselseitig untereinander erfolgreicher Abstimmungsprozesse Ergebnisse generiert.



EVA KRCZAL

Ass.-Prof. Dr. Eva Krczal ist Leiterin des Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsökonomie und stellvertretende Leiterin des Departments für Wirtschaft und Gesundheit. Die Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlerin beschäftigt sich in ihrer Forschungsarbeit mit Best-Practice-Modellen in internationalen Gesundheitssystemen.



BERNHARD RUPP

Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA leitet die Abteilung Gesundheitspolitik der Arbeiterkammer Niederösterreich. Rupp ist weiters Lehrbeauftragter an der Donau-Universität Krems, der Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften Krems und der Medizinischen Universität Wien.

_GESUNDHEITS-CHECK



ÖSTERREICH



WAS KOSTET EIN SPITALSBETT?

Oft zitierte Maßzahl für die Kosten eines Gesundheitssystems ist die Frage: Was kostet ein Spitalsbett? Wird für die Statistik nur das Bett herangezogen, liegt Österreich deutlich vor Deutschland, das Österreich aber bei der Gesamtbetrachtung, also den stationären Endkosten je stationärem Aufenthalt, überholt.

Stationäre Endkosten je tatsächlich aufgestelltem Bett 2016 (in 1.000 €)

Österreich: 224
Deutschland: 173

Stationäre Endkosten je stationärem Aufenthalt 2016 (in €)

Österreich: 3.986
Deutschland: 4.428

Quelle: Bundesministerium für Frauen und Gesundheit, Jahresmeldung KA-Sammelkostennachweis und KH-Statistik / Erstellt im September 2017

Krisenfall Pflege

Österreichs Bevölkerung wird immer älter. Pflegebedarf und Betreuungskosten steigen. Ohne ausreichende Pflegefachkräfte und mit zu geringem Budget stehen wir bald vor einem unlösbaren Problem. Höchste Zeit, sich Best-Practice-Länder zum Vorbild zu nehmen.

Von Christian Scherl

L

aut Wifo-Studie aus dem Jahr 2014 gibt Österreich rund 1,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) für stationäre und mobile Pflege aus. Andere EU-Länder investieren deutlich mehr in diesen Bereich. In den Niederlanden und in Skandinavien zwischen 2,5 und 2,6 Prozent des BIP. Das

Geld fließt in die Qualitätsoffensive. Österreichs System schlägt den entgegengesetzten Weg ein: Der Sparstift soll die Kosten senken. „Es kommt zum Downgrading von diplomiertem Personal im mobilen als auch stationären Bereich“, bedauert Markus Mattersberger, Präsident des Bundesverbands der Alten- und Pflegeheime. Er ist selbst diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger und studierte Pflegemanagement.

Derzeit leben in Österreich rund 436.000 über 80-Jährige. Laut Statistik Austria wächst die Zahl der über 80-Jährigen bis ins Jahr 2030 auf über 690.000 Personen an. „Schon heute greifen wir auf ausländische Arbeitskräfte zurück, weil wir nicht in der Lage

sind, genügend Berufsinteressierte aus der eigenen Population zu lukrieren“, sagt Mattersberger. Mit Maßnahmen wie Beihilfekürzungen bei ausländischen Pflegekräften wird das Problem bloß verschärft. Es ist zu befürchten, dass dann auch in der 24-Stunden-Betreuung die Hilfskräfte knapp werden. „Sinnvoller wäre es, Maßnahmen zu setzen, um mehr Menschen für Pflegeberufe zu begeistern“, meint der Bundesverbandspräsident.

Falsches Image

Das Klischee, als alter Mensch in stationäre Pflege abgeschoben zu werden, hat sich bei den Österreichern eingeprägt. Da verwundert es nicht, dass in der OECD-Statistik Österreich die Riege der Länder anführt, bei denen mobile Pflege und Altenbetreuung durch Familienangehörige boomen. Denn bei uns ist Pflege ein individuelles Problem und wir setzen aus Tradition auf Betreuung durch Angehörige. „Familienangehörige erledigen den Job zwar meist mit Herz und Seele, aber sie sind nicht dafür ausge- ➤“

STEIGENDER PFLEGEBEDARF
UND WACHSENDE KOSTEN BEI RUND
436.000 ÜBER 80-JÄHRIGEN IN
ÖSTERREICH (2018) UND BEI MEHR ALS

690.000

ÜBER 80-JÄHRIGEN 2030

QUELLE:
STATISTIK AUSTRIA



**CHRISTOPH
GISINGER**

Univ.-Prof. Dr. Christoph Gisinger ist Direktor der „Haus der Barmherzigkeit“-Gruppe. Er studierte Medizin in Wien und Krankenhausbetriebswirtschaft an der WU Wien und an der Columbia Universität New York. Er leitet das Zentrum für Geriatrie Medizin und Geriatrie Pflege an der Donau-Universität Krems.

bildet. Man muss diese Menschen entlasten“, sagt Mattersberger und verweist auf Skandinavien, wo Pflege eine Herausforderung der Kommune ist. „Man setzt auf das Solidaritätsprinzip und sorgt gemeinsam für das Wohl der anderen.“ Der Bundesverband der Alten- und Pflegeheime arbeitet an der Imagekorrektur und hofft, dass es irgendwann so ist wie in Schweden, wo ältere Menschen den Übergang ins Heim nicht als „Strafe“, sondern als „Verdienst“ sehen. „In Schweden wohnen auch Personen mit niedrigen Pflegestufen im Heim, weil es Zentren sind, die bessere Bedingungen und Lebensqualität bieten als das Leben in den eigenen vier Wänden“, sagt Mattersberger. Damit alle stationären Pflegeeinrichtungen für Pflegebedürftige und Pflegefachkräfte attraktiv sind und den gleichen Qualitätslevel erzielen, bedarf es laut Christoph Gisinger, Direktor des Hauses der Barmherzigkeit in Wien, einer bundesweiten Gesetzgebung. Derzeit ist das Landessache. „Das erhöht unnötig die Komplexität. Eine Vereinheitlichung wäre effizienter.“

Über den Tellerrand blicken

Im „Health System Watch 2017“ präsentierte Monika Riedel, Senior Researcher am Institut für Höhere Studien (IHS), unterschiedliche Modelle zur medizinischen Versorgung in Pflegeheimen. „In Österreich kommen vorwiegend zwei Varianten zum Einsatz: Entweder bleibt jeder Pflegeheimbewohner bei seinem Hausarzt, oder es steht im Pflege-

heim ein Arzt vor Ort zur Verfügung.“ Selbst nach intensiven Vergleichen lasse sich nicht eindeutig sagen, welches Modell das beste ist. Nachteil der ersten Variante sei, dass Hausärzte meist Allgemeinmediziner und keine Geriatrie-Experten sind. „Klar ist, es benötigt eine Struktur und Regelmäßigkeit in der Versorgung“, so Riedel. Es gibt hierzulande durchaus Regionen, in denen das bewerkstelligt wird. Zum Beispiel das in

In Berlin setzt ein Pflegeheim auf Telemedizin mit Hausärzten, die ständig in Kontakt mit Pflegepersonal und Patienten sind.

Monika Riedel

Graz entwickelte „GEKO“-Modell (Geriatrischer Konsiliardienst), das leicht abgewandelt auch in Kärnten Anwendung findet. „Es beinhaltet eine Zusammenarbeit zwischen Versorgung im Heim mit Fachleuten von außen sowie eine organisierte Kooperation zwischen Spital und Pflegeheim.“ In Berlin fand Riedel ein besonders nachahmenswertes Beispiel. „Dort setzt ein Pflegeheim auf Telemedizin mit Hausärzten, die ständig in Kontakt mit Pflegepersonal und Patienten sind.“ Sowohl das Berliner als auch das Grazer Modell würden budgetschonend wirken, weil sich teure Krankenhausaufenthalte verringern. Allerdings ist es für die Umsetzung hinderlich, wenn Investition und resultierende Einsparung an unterschiedlichen Stellen stattfinden. „Auch bleiben die Pflegebedürftigen aufgrund der guten Betreuung den Heimen länger erhalten, und das ist schlecht für die Pensionskassa.“ Länder, die mehr vom BIP für die Pflege ausgeben, haben in der Regel deutlich mehr Pflegebetten, gleichzeitig aber weniger Akutbetten. Ältere Menschen bleiben länger fit, gesellschaftlich integriert und für die Wirtschaft interessant. Best-Practice-Länder setzen eine Positivspirale in Gang, die zu Beginn jedoch Investitionen benötigt. Kürzlich sah sich die IHS-Forscherin die deutschen Pflegestärkungsgesetze näher an. „Deutschland rückt mit dem Pflegestärkungsgesetz die Prävention stärker in den Mittelpunkt und verbessert die Beratung von Betroffenen. Prävention muss auch in Österreich einen höheren Stellenwert gewinnen“, sagt Riedel, die auch beim Telemonitoring Zukunftspotenzial sieht. „Denn die nächsten Generationen an Pflegebedürftigen sind technikaffiner.“ Bis dahin wird noch einiges an Forschung notwendig sein, um die sinnvollsten Anwendungsbeispiele herauszufiltern.

Qualität hat ihren Preis

Für Laien ist oft unverständlich, warum stationäre Pflege so viel Geld verschlingt. „70 Prozent fallen bei stationärer Pflege auf Personalkosten“, rechnet Gisinger vor. „In Wien haben Pflegeeinrichtungen einen Personalschlüssel von 1:1.“ Bedeutet, ein Heim mit 100 Pflegebedürftigen benötigt 100 Vollzeit-äquivalente inklusive Reinigung, Küche,

Verwaltung usw. Den Personalkosten stehen Pensionen und Pflegegeld gegenüber, die diese Kosten meist nicht decken. Eine Lücke entsteht. Sie wird neben der Sozialhilfe durch höhere Pensionsbezieher und bisher auch durch den Vermögensregress geschlossen. Die Abschaffung des Pflegeregresses, der auf das Vermögen der zu Pflegenden zurückgriff, entlastet zwar die Pflegebedürftigen, reißt aber zusätzliche Finanzlöcher auf. „Dieses System ist nicht nachhaltig und nur aus dem allgemeinen Steueraufkommen zu finanzieren“, sagt Gisinger, der die Pflegegressabschaffung begrüßt, gleichzeitig aber kritisiert, dass die Chance verabsäumt wurde, diesen Schritt mit den Finanzierungsmechanismen im Gesundheitssystem zu synchronisieren und eine Gesamtreform umzusetzen.

Schonende Finanzierbarkeit

Neue Finanzlöcher bringen die Einführung einer Pflegeversicherung in die Diskussion. In dem 2015 veröffentlichten Bericht „Optionen zur Deckung des zukünftigen Finanzierungsbedarfs in der Pflege“ verglich ein IHS-Team um Monika Riedel unterschiedliche Pflegeversicherungsmodelle. „Dabei schnitt eine Pflegeversicherung, die wie eine verpflichtende Krankenversicherung ans Arbeitseinkommen geknüpft ist, schlechter ab als jene Version, bei der die Pflegeversicherung hauptsächlich von den Pensionsbeziehern getragen wird.“ Denn die Schere zwischen Brutto und Netto würde beim ersten Modell noch weiter auseinanderklaffen und der Arbeitsmarkt darunter leiden. Da wäre das Beibehalten des Status quo noch günstiger, bei dem der öffentliche Teil der Pflege aus den Steuereinnahmen finanziert wird. „Man könnte die Pflegeversicherung aus dem allgemeinen Steuertopf finanzieren, indem es an anderen Stellen Erleichterungen gibt“, nennt Christoph Gisinger eine Alternative. Ersatzlos zu streichen wäre seiner Meinung nach das Pflegegeld für die niedrigsten Pflegestufen, oder man könnte sie zumindest ans Einkommen knüpfen und die Ausgleichszulage erhöhen, damit die Niedrigpensionsempfänger eine höhere Pension bekommen. Ohne politischen Willen lassen sich aber die besten Pläne nicht umsetzen. ■



**MARKUS
MATTERSBERGER**

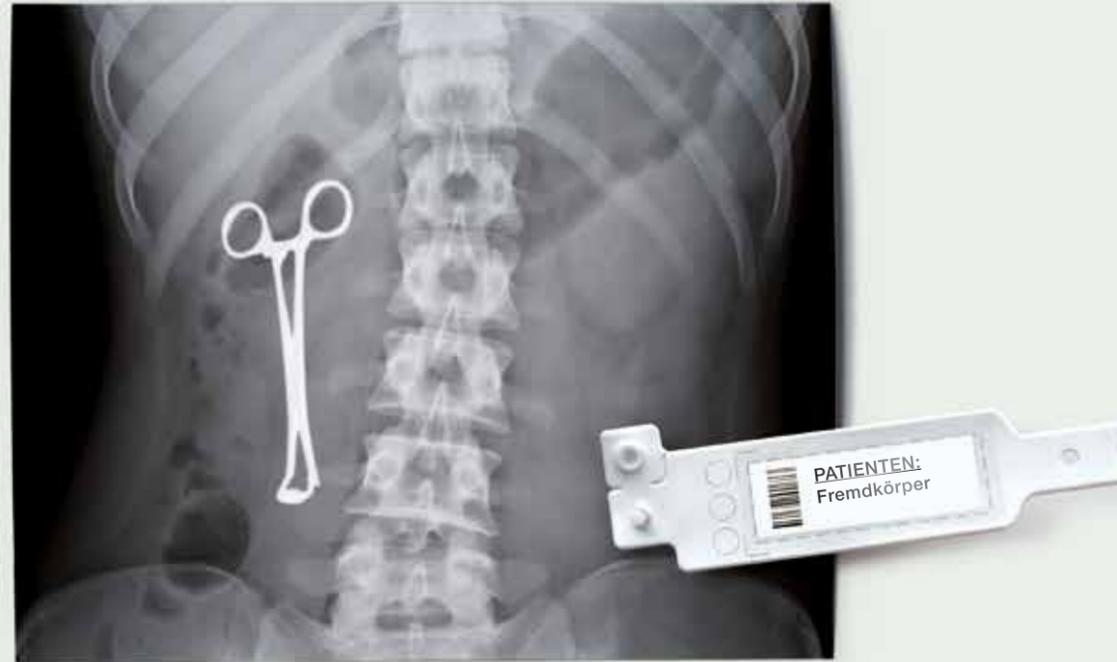
Markus Mattersberger, MMSc, MBA ist diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger. Er studierte Pflegemanagement und Management von Einrichtungen des Gesundheitswesens. Seit 2004 ist er Präsident von Lebenswelt Heim – dem Bundesverband der Alten- und Pflegeheime – und Vizepräsident des europäischen Verbandes der Alten- und Pflegeheime.



MONIKA RIEDEL

Dr. Monika Riedel studierte an der Universität Wien und der Technischen Universität Wien. Sie ist Volkswirtin mit Schwerpunkt Gesundheit. Bereits an der Universität Klagenfurt widmete sie sich der Gesundheitsökonomie und kam 1999 an das Institut für Höhere Studien (IHS). Sie ist stellvertretende Vorsitzende von ATHEA, der österreichischen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie.

_GESUNDHEITS-CHECK



GROSSBRITANNIEN

AM VERGESSLICHSTEN



Wer sich in Großbritannien operieren lässt, hat ein fast achtzehnmal höheres Risiko, mit einem vergessenen Fremdkörper im Leib aus dem Krankenhaus zu gehen, als in Polen. Großbritannien und Irland sind in dieser Statistik die Spitzenreiter.

Vergessene Fremdkörper während der Operation; Personen 15 Jahre und älter pro 100.000 Spitalsentlassungen 2013

Großbritannien: 7,1

Irland: 5,9

Finnland: 4,4

Slowenien: 1,5

Polen: 0,4

Quelle: OECD

Konkurrenz durch Dr. Computer

Künstliche Intelligenz kann in der Medizin für Diagnostik und Therapie hilfreich sein, wirft aber viele Fragen auf. Kostenreduktion im Gesundheitssystem ist derzeit nicht in Sicht.

Von Sonja Bettel

W

enn irgendwo von Künstlicher Intelligenz und Medizin die Rede ist, wird meist das Bild eines menschenähnlichen Roboters in Krankenschwestertracht bemüht, der ans Bett einer Patientin kommt und Medikamente ver-

abreicht. Die Roboterpsychologin Martina Mara, die am Linz Institute of Technology forscht, ist sich jedoch sicher, dass derartige Roboter in naher Zukunft nicht zum Einsatz kommen werden. Denn humanoide Roboter und solche, die nicht menschlich aussehen, aber so tun, als ob sie menschenähnliche Gefühle hätten, werden von den meisten Menschen als unheimlich empfunden und abgelehnt.

Viel sinnvoller wäre es, wenn Menschen in der Pflege auch in Zukunft das tun, was sie am besten können, nämlich einen anderen Menschen körperlich pflegen, berühren, zuhören, Empathie zeigen. Roboter könnten im Pflegebereich aber sehr wohl hilfreich sein, sagt Martina Mara, zum Beispiel indem sie Wäsche, Essen oder Patien-

tenmappen transportieren, beim Heben von Patienten helfen oder Reinigungsarbeiten übernehmen. Dabei sollten sie freundlich wirken, aber eindeutig als Maschinen erkennbar sein, deren Handlungen vorhersehbar und steuerbar sind. Wenn sie den Menschen Arbeit abnehmen und diese dann mehr Zeit für Menschlichkeit in der Alten- und Patientenbetreuung hätten, wäre das ein wirklich intelligenter Einsatz der Technik.

KI hilft bei Diagnose

Die tragende Rolle der Künstlichen Intelligenz (KI) in der Medizin wird in Zukunft aller Voraussicht nach nicht in der Pflege zu finden sein, sondern in der Diagnose von Krankheiten und der Entwicklung von Medikamenten. Ein paar Beispiele: Ende des Jahres 2016 hat das Fraunhofer-Institut für Bildgestützte Medizin in Bremen auf der weltgrößten Radiologentagung in Chicago ein Programmpaket präsentiert, das Ärztinnen und Ärzte dabei unterstützt, die Entwicklung eines Tumors im Laufe einer Krebstherapie zu überprüfen. Mittels Deep Learning hatte die Software zum Bei- >>



MARTINA MARA

Univ.-Prof. Mag. Dr. Martina Mara ist Medienpsychologin und Professorin am Linz Institute of Technology der Johannes Kepler Universität. Davor leitete sie den Forschungsbereich RoboPsychology am Ars Electronica Futurelab.



GERALD GARTLEHNER

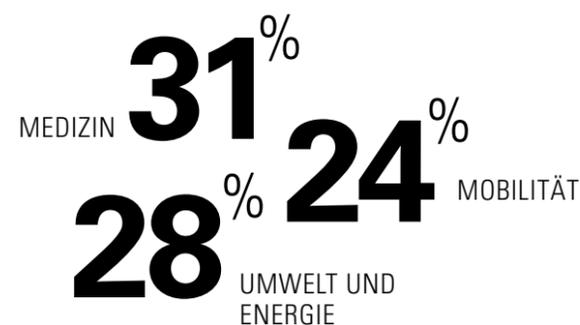
Univ.-Prof. Dr. Gerald Gartlehner, MPH ist Leiter des Departments für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie der Donau-Universität Krems und stv. Direktor des Research Triangle Institute International, University of North Carolina, USA.



ANDREAS HOLZINGER

Univ.-Doz. Ing. MMag. phil. Dr. Andreas Holzinger leitet die Forschungseinheit HCI-KDD am Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation der MedUni Graz und ist derzeit Gastprofessor für „Machine Learning in Health Informatics“ an der Technischen Universität Wien.

SINNVOLLSTE EINSATZGEBIETE FÜR KI-SYSTEME



Ergebnis einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage in Deutschland im Auftrag des Digitalverbands Bitkom.
Quelle: Deutsche Ärztezeitung, www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/internet_co/article/958631/umfrage-deutsche-goutieren-kuenstliche-intelligenz-medizin.html

spiel gelernt, Knochenmetastasen in Aufnahmen des Oberkörpers zu erkennen.

Auch bei Brustkrebs oder Hautkrebs kann maschinelles Lernen helfen, bösartige Tumoren früher zu entdecken oder unnötige Operationen zu vermeiden. Die KI ist dabei oft genauso gut oder sogar besser als erfahrene Krebsmediziner, denn sie kann mit Millionen von Bildern verdächtiger Gewebsveränderungen aus aller Welt trainieren, auch mit sehr seltenen Fällen. So viele Bilder könnten eine Ärztin oder ein Arzt im Laufe ihres Berufslebens gar nicht zu Gesicht bekommen, geschweige denn sie sich merken, sagt Sepp Hochreiter, der das Institut für Bioinformatik der Johannes Kepler Universität Linz leitet und ein Pionier des Deep Learning ist.

Er und sein Team arbeiten in anderen lebensentscheidenden Bereichen der Medizin: Das eine ist die Entscheidung, wann ein Patient von der Intensivstation auf die normale Station verlegt werden kann. Geschieht dies zu spät, ist ein Intensivbett blockiert und es entstehen hohe Kosten, geschieht es zu früh, ist das gefährlich für den Patienten. Im Forschungsprojekt wird gemeinsam mit der Kepler Universitätsklinik untersucht, wie eine KI auf der Grundlage von Blutwerten, EKG und anderen Indikatoren bei dieser Entscheidung helfen kann.

Weltweit gefragt ist das Know-how der Linzer Forscher zur Toxizitätsvorhersage für die Entwicklung neuer Medikamente. Mittels KI kann man damit noch vor den klinischen

Tests feststellen, ob ein Wirkstoff giftig sein könnte. Das spart den Pharmafirmen eine Menge Geld und Zeit, weil gesundheits-schädliche Substanzen in einem frühen Stadium ausgeschieden werden können. Ähnliches haben die Linzer KI-Experten auch für Leberschäden, die durch die langfristige Einnahme eines Medikaments entstehen können, sowie für Nebenwirkungen von Wirkstoffen geschafft. Das Geheimnis des Erfolges ist, so Sepp Hochreiter: „Pharmafirmen haben aus ihrer Forschung eine große Menge an Daten, aber Daten sind noch kein Wissen. Wir transferieren mit KI Daten in Wissen und Regeln.“

Hoffnung und Skepsis

Gerald Gartlehner von der Donau-Universität Krems ist überzeugt, dass Künstliche Intelligenz die Medizin enorm verändern und verbessern wird: „In Österreich könnte man z. B. ELGA dazu nutzen, um Systeme einzubauen, die nicht nur Arztbriefe zusammenfassen, sondern im Hintergrund auch die beste verfügbare Evidenz für eine Therapie recherchieren.“ Die KI sollte aber immer nur unterstützend sein, die Entscheidung über die Therapie müsse bei den Ärzten und den Patienten bleiben.

Der Vorteil einer KI könnte sein, dass sie immer alle Varianten einer Krankheit oder Therapie „im Kopf“ haben könne, während der Mensch vielleicht nur 40 von 100 möglichen präsent habe und die seltenen even-

tuell gar nicht kenne, überlegt Eugen Hug, Geschäftsführer von MedAstron in Wiener Neustadt. Die dort angewendete Ionentherapie ist hochkomplex und rechenintensiv, weil Tumoren mit einzelnen Partikeln gezielt bestrahlt werden sollen, ohne gesundes Gewebe zu schädigen. KI könnte die Therapeuten bei ihrer Arbeit unterstützen, die Entscheidungen werde aber auch in Zukunft der Mensch treffen, betont Hug. Sie würde damit vielleicht die Therapie weiter verbessern, aber nicht kostengünstiger machen.

„In der Medizin und in den Lebenswissenschaften haben Daten eine hohe Dimensionalität und Komplexität“, sagt Andreas Holzinger, Forschungsleiter für Human-Computer Interaction & Knowledge Discovery/Data Mining an der Medizinuniversität in Graz. Deshalb sei es wichtig, Zusammenhänge und die Ursache-Wirkung-Beziehung einer Problemstellung zu erkennen. Seine Gruppe setzt dafür auf die Zusammenarbeit zwischen Mensch und Maschine, für die Andreas Holzinger einen speziellen Ansatz entwickelt hat: „Interactive Machine Learning (iML) with a human in-the-loop“. iML soll außerdem in einer „Glass-Box“ erfolgen, also transparent sein, um das Vertrauen und die Akzeptanz der Benutzerinnen und Benutzer zu fördern und den Anforderungen des Rechts- und Datenschutzes zu genügen.

Recht auf Nichtwissen?

Woher kommen die Daten für das Deep Learning in der Medizin, wem gehören sie, wem gehört die daraus entwickelte Künstliche Intelligenz und wer darf sie nützen? Werden ärmere Länder ebenfalls von diesen Technologien profitieren können, auch wenn sie sich diese nicht leisten können? Wer haftet für Fehler? Das alles seien Fragen, mit denen man sich durch Entwicklungen der Künstlichen Intelligenz in Zukunft vermehrt beschäftigen werde müssen, sagt der Genetiker Markus Hengstschläger, der außerdem erster stellvertretender Vorsitzender der österreichischen Bioethikkommission ist.

Eine weitere wichtige Frage betrifft sein eigenes Fach, die Genetik: Wenn eine KI-Technologie das gesamte Erbgut eines Menschen zu einem günstigen Preis und in kurzer Zeit analysieren und mit dem von Millionen anderen Menschen vergleichen

In Österreich könnte man zum Beispiel ELGA dazu nutzen, auch die beste verfügbare Evidenz für eine Therapie zu recherchieren.

Gerald Gartlehner

kann, dann könnte es sein, dass bei jedem Menschen irgendeine genetische Veränderung gefunden wird. „Was davon wird wirklich krankheitsauslösend sein? Wie definieren wir in Zukunft gesund? Wann soll man mit einer Prophylaxe beginnen?“, fragt sich Markus Hengstschläger.

Im bestehenden Leitfaden zu genetischer Betreuung für Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich heißt es: „Akzeptieren Sie das Recht auf Wissen wie auch das Recht auf Nichtwissen der betroffenen Person.“ Das Recht auf Nichtwissen könnte in Zukunft aber praktisch unmöglich werden, befürchtet Markus Hengstschläger. Eine Gesamtanalyse des Genoms mittels KI werde vermutlich so billig werden, dass sie zum Standard werde und eine Teilanalyse zu kompliziert: „Der Computer kann dann Fragen stellen, die der Mensch gar nicht stellen kann.“

Im November 2017 wurden zwei Studien zu Künstlicher Intelligenz in der Medizin veröffentlicht, die eine Reihe weiterer Fragen aufwerfen: Psychologen der Carnegie Mellon University in Pittsburgh konnten mittels Machine Learning suizidgefährdete Patienten frühzeitig anhand ihrer MRTs erkennen, Forschern der Stanford University war es gelungen, die restliche Lebenszeit von unheilbar Kranken recht genau vorherzusagen. ■



SEPP HOCHREITER

Univ.-Prof. Dr. Sepp Hochreiter leitet das Institut für Bioinformatik der Johannes Kepler Universität in Linz und forscht zu Deep Learning für Medikamentenentwicklung, Text- und Sprachanalyse, Bildverarbeitung und autonomes Fahren.



MARKUS HENGSTSCHLÄGER

Univ.-Prof. Mag. Dr. Markus Hengstschläger ist Vorstand des Instituts für Medizinische Genetik, Organisationseinheitsleiter des Zentrums für Pathobiochemie und Genetik der Medizinischen Universität Wien und stv. Vorsitzender der Bioethikkommission.



EUGEN B. HUG

Prof. Dr. Eugen B. Hug ist medizinischer Leiter von MedAstron in Wiener Neustadt. Er hat an verantwortlichen Stellen in den USA, der Schweiz und zuletzt als medizinischer Direktor und Geschäftsführer für die ProCure Proton Therapy Centers, New York, gearbeitet.

_GESUNDHEITS-CHECK



ÖSTERREICH



BEI AKUTBETTEN AN DER SPITZE

Akutbetten im Spital stehen per Definition der OECD für kurative Behandlung bereit, also u. a. für Notfälle oder nach operativen Eingriffen. Zwar weichen die Definitionen und Zählweisen in den OECD-Staaten teilweise ab, Österreich wird im europäischen Vergleich dennoch als Spitzenreiter ausgewiesen – ein oftmaliger Kritikpunkt am Gesundheitssystem hierzulande.

Akutbetten je 100.000 Einwohner

Österreich: 546
Deutschland: 528

Durchschnitt Europa (EU+EFTA): 347

Schweden: 195
Liechtenstein: 172

Quelle: EUROSTAT 2012

Brennpunkt Krankenhaus

Das Gesundheitswesen steckt mitten im Wandel. Damit dieser nicht auf Kosten der Patienten geht, ist das Management gefordert. Ein Spital in Kärnten zeigt vor, wie Effizienz und Qualität Hand in Hand geben.

Von Markus Mittermüller

L

ean Management, steigender Kostendruck oder auch Mangel an medizinischen Fachkräften: Die Liste an Herausforderungen, mit denen sich viele Krankenhäuser derzeit konfrontiert sehen, ist mit diesen Schlagworten noch lange nicht zu Ende. Während viele Krankenanstalten erst

am Beginn einer Neustrukturierung stehen, kann das Krankenhaus in Spittal an der Drau hier bereits auf eine lange Tradition verweisen. „Wir mussten uns finanziell immer schon nach der Decke strecken – und haben daraus einfach eine Tugend gemacht“, erklärt Andrea Samonigg-Mahrer, Geschäftsführerin und Verwaltungsdirektorin des Oberkärntner Krankenhauses. Dass es als einziges Akutspital Österreichs als Familienunternehmen geführt wird, ist nämlich nicht die einzige Besonderheit dieses Hauses. Gegründet von zwei praktischen Ärzten im Jahr 1925, wurde das Privatkrankenhaus ab 1948 vom Mediziner Hermann Samonigg und seiner Gattin Maria geführt.

„1982 hat dann mein Vater das Spital übernommen. Da wir es weiterhin privat geführt haben, standen uns nicht jene Mittel zur Verfügung, welche die Landesspitäler bekommen“, meint Samonigg-Mahrer.

Qualität trotz Kostendruck

Trotz dieser Einschränkung sollte den Patientinnen und Patienten in dem 236-Betten-Haus eine bestmögliche Versorgung geboten werden. Doch wie hat es das Management geschafft, zum effizientesten Krankenhaus Österreichs zu werden? „Bei uns werden die Patienten um 40 Prozent günstiger behandelt als in anderen Häusern. Wir haben aber immer schon gewusst: Wenn wir trotz des dauerhaften Kostendrucks bestehen wollen, dann müssen wir sehr gute Qualität liefern“, so die studierte Handelswissenschaftlerin. Das Erfolgsrezept war daher schnell klar: Ein schlankes Management mit kurzen Kommunikations- und Entscheidungswegen sorgt für effiziente Prozesse im täglichen Arbeitsablauf. „Dazu gehören auch eine große Portion Hausverstand und Pragmatis- >>



ANDREA GRUBER

PhDr. Andrea Gruber, MSc, MBA ist stv. Leiterin des Zentrums für Management im Gesundheitswesen an der Donau-Universität Krems. Sie leitet den Fachbereich für Gesundheits- und Krankenhausmanagement und fungiert als Lehrgangsführerin für sämtliche Universitätslehrgänge in diesem Bereich.

mus“, ergänzt Samonigg-Mahrer. Einfaches Beispiel dafür: Aufgrund des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes konnten die Mediziner nicht mehr so viel Zeit im Haus verbringen, die Leistungen mussten dennoch erbracht werden. „Wir haben uns daher Gedanken gemacht, wie wir den gesetzlichen Rahmen bestmöglich ausschöpfen können“, erinnert sich die Managerin. Die Lösung war rasch bei der Hand. Um die Ärzte zu entlasten und die Wartezeit für die Patienten zu verringern, wurde beschlossen, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im gehobenen Pflegedienst in das Venenmanagement und die Verabreichung von Blut und Blutprodukten eingebunden werden – als erstes Krankenhaus in Österreich.

Mit welchen Herausforderungen sind jedoch Krankenhäuser konfrontiert, die nicht wie jenes in Spittal schon von Beginn an schwierige Voraussetzungen gemeistert haben? Geht der massive Kostendruck zu Lasten der Patienten? Und in welche Richtung entwickelt sich das Krankenhaus der Zukunft?

Work-Life-Balance wird wichtiger

Andrea Gruber, Fachbereichsleiterin am Zentrum für Management im Gesundheitswesen an der Donau-Universität Krems, ortet ein massives Problem im derzeitigen Ärztemangel. Ein besonderer Aspekt dabei sind die Auswirkungen des Generationenwechsels. „Die Generation Y hat eine andere Einstellung zur Arbeit. Sie will mitreden und

mitgestalten und hat vor allem eine ganz klare Vorstellung von Work-Life-Balance“, weiß Gruber. Eine neue Führungskultur sei hier das Um und Auf. Gruber: „Diese neue Generation muss anders in die Arbeit eingebunden werden, sonst wechselt sie den Arbeitgeber. Und mit diesem Problem ist nicht nur die Berufsgruppe des ärztlichen, sondern auch ganz massiv jene des Pflegepersonals konfrontiert.“ Ein Blick nach Oberkärnten zeigt erneut, wie diese Problematik gelöst werden kann – und das mit der zusätzlichen Auflage, dass das Krankenhaus abseits der großen Ballungszentren liegt. „Viele Junge zieht es ins Ausland. Um für diese Generation dennoch attraktiv zu sein, bieten wir eine breite Ausbildung an. Bei uns können sie schnell eigenverantwortlich arbeiten, das ist eine große Herausforderung“, so Samonigg-Mahrer.

Struktur folgt Prozess

Für eine Entlastung der Krankenhäuser – und damit auch eine Senkung der Kosten – muss in Zukunft eine bessere Zusammenarbeit des intra- und extramuralen Bereichs sorgen. „Die integrierte Versorgung funktioniert nicht zufriedenstellend. Patienten werden zu oft zwischen den einzelnen Fachärzten hin und her geschickt oder kommen zur Ambulanz, obwohl dies nicht nötig wäre“, meint Gruber. Sie plädiert hier für eine Änderung des gesamten Versorgungsprozesses nach dem Motto „Struktur folgt Prozess“. Was bedeutet das? Der Patient soll

Schlankes Management mit kurzen Kommunikations- und Entscheidungswegen sorgt für effiziente Prozesse. Dazu gehören auch Hausverstand und Pragmatismus.

Andrea Samonigg-Mahrer

so einfach und kompakt wie möglich jene Versorgung erhalten, die er benötigt. „Doppelbefunde oder langes Warten auf Termine bei unterschiedlichsten Ärzten sollen der Vergangenheit angehören“, so Gruber.

Primärversorgungszentren (Primary Health Care Centre) sind dabei ein erster Schritt, um die Ambulanzen zu entlasten. „In einer Institution sollen möglichst viele Untersuchungen durchgeführt werden können. Erst dann soll die Entscheidung fallen, ob eine Krankenhausaufnahme tatsächlich notwendig ist“, meint die Expertin. Denn weder personell noch finanziell kann der aktuelle Zustrom zu den Ambulanzen auf Dauer bewältigt werden.

Kommt das „Smart Hospital“?

Für ein prozessorientiertes Krankenhaus spricht sich auch Michael Ogertschnig aus. Der Fachbereichsleiter am Zentrum für Management im Gesundheitswesen an der Donau-Universität Krems ist spezialisiert auf das Management im Gesundheits- und Pharmawesen. „Notwendig sind integrierte

Behandlungspfade, das hierarchische Abteilungsdenken hat ausgedient“, meint Ogertschnig. Unterstützung bei der idealen Gestaltung des Pfades für den Patienten kommt durch einen weiteren neuen Trend, die Digitalisierung. „Diese betrifft sämtliche Bereiche des Gesundheitswesens“, erklärt Ogertschnig, der einen Trend in Richtung „Smart Hospital“ sieht. Hier ortet er auch ein Potenzial zur Steigerung der Effizienz, zum Beispiel durch eine digitale Dokumentation des Behandlungsverlaufs.

Vorbild Toyota

Das Lean Management, wie es im Spittaler Krankenhaus schon lange umgesetzt wird, sieht Ogertschnig als wesentliches Mittel zur Effizienzsteigerung und Eindämmung der Kosten. Das schlanke Management, das ursprünglich im Produktionssystem beim Autohersteller Toyota umgesetzt wurde, ist nicht das einzige Instrument der Betriebswirtschaft, das Einzug in die Gesundheitsbranche hält. „Marketing ist ein neues Managementfeld, das bisher sehr vernachlässigt wurde“, sagt Ogertschnig. Wie ein Wirtschaftsbetrieb müssen auch die Krankenhäuser ein Alleinstellungsmerkmal (USP) entwickeln, beispielsweise durch Schwerpunktsetzungen in den Behandlungen. „Auch besserer Service für die Patienten, Stichwort Hotelleistungen, stärkt die Position des Hauses am Gesundheitsmarkt“, meint der Experte.

Während andere Aufgabenfelder rasch implementiert werden können, dauert die Umsetzung einer echten Fehlerkultur wesentlich länger. „Es ist schwierig, mit Fehlern offen umzugehen“, weiß Gruber. Wichtig sei, dass die Führungskräfte diese Kultur vorleben, da in der Vermeidung von Fehlern eine große Sparmöglichkeit liegt. Damit einher geht auch das entsprechende Risikomanagement, das zur Vermeidung von Fehlern beitragen kann. „Wie in der Luftfahrt, wo der Pilot vor Start der Maschine eine fixe Checkliste durchgeht, so muss auch der Mediziner vor der Operation noch einmal die wichtigsten Fragen mit dem Patienten und seinen Kollegen abklären“, sagt Gruber. Denn – und hier sind sich alle drei Experten einig: „Die Patientensicherheit ist das höchste Gut.“ ■



ANDREA SAMONIGG-MAHRER

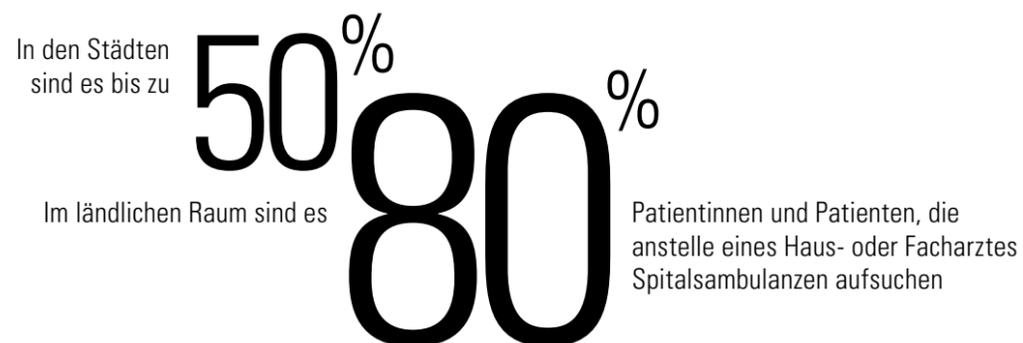
Mag. Andrea Samonigg-Mahrer studierte Handelswissenschaften an der Wirtschaftsuniversität Wien und kehrte nach ihrer Tätigkeit als Innenrevisorin beim Wiener Krankenanstaltenverbund und in der Raiffeisen Zentralbank 2006 nach Kärnten zurück. Dort leitet sie in dritter Generation das Krankenhaus in Spittal an der Drau.



MICHAEL OGERTSCHNIG

Mag. Michael Ogertschnig ist Fachbereichsleiter und stv. Zentrumsleiter am Zentrum für Management im Gesundheitswesen der Donau-Universität Krems. Während des Studiums der Wirtschaftswissenschaften an der Wirtschaftsuniversität Wien war er am Institut für Managementberatung im Gesundheitswesen in Weinheim (DE) tätig.

Spitalsambulanzen: Entlastung dringend nötig



_GESUNDHEITS-CHECK



NORWEGEN

GESUNDE LEBENSJAHRE

**Auf beinahe viermal so viele gesunde Lebensjahre**

blickt ein 65-jähriger Norweger zurück wie ein Slowake gleichen Alters. Österreicher liegen mit 8,9 Jahren ungefähr in der Mitte und knapp über dem Europadurchschnitt. Frauen haben in diesem Alter nur in ungefähr der Hälfte der Staaten Europas mehr gesunde Lebensjahre als Männer.

*Gesunde Lebensjahre im Alter von 65 Jahren
Frauen (F), Männer (M)*

Norwegen: 15,1 (F), 15,1 (M)
Österreich: 8,8 (F), 8,9 (M)
Durchschnitt: 8,7 (F), 8,6 (M)
Slowakei: 3,7 (F), 4,2 (M)

Quelle: EUROSTAT 2012

Foto: moonjazz (CC BY-ND 2.0)

Datengeschäfte

Patientendaten sind ein Schatz für die Erforschung, Diagnose und Therapie von Krankheiten. Jetzt, wo es die technologischen Mittel gibt, diesen Schatz in ganz neuem Umfang zu heben, stellt sich die Frage, wer davon profitieren wird.

Von Cathren Landsgesell

D

ie neue Konkurrenz für Gesundheitseinrichtungen, Pharmaunternehmen, Ärzte und Therapeuten kommt aus der Informationstechnologie: Amazon, Apple,

Googles Alphabet und sogar Facebook engagieren sich bei der Bereitstellung und Verarbeitung von Daten, finanzieren Forschung und entwickeln eigene technologiebasierte Diagnostiken und Therapien. Die Technologiefirmen können schnell und weit in angestammte Territorien des Gesundheitswesens vordringen, weil sie über einen Rohstoff verfügen, der immer wichtiger, aber jetzt in bisher nicht gekanntem Ausmaß verwertet werden kann: Daten. Und als IT-Unternehmen haben sie auch die Technologien, um diesen Rohstoff zu verarbeiten.

Daten haben für die Medizin immer eine wichtige Rolle gespielt. Etwa in der Epidemiologie oder bei der Sequenzierung des menschlichen Genoms. Für den gesamten Bereich der personalisierten Medizin – zum

Beispiel in der Antikörper- oder Immuntherapie – werden heute umfangreiche Daten benötigt: von Gewebedaten über genetische Daten und Laborwerte bis hin zu Lebensstil-Informationen. In der Biobank Graz etwa sind 7,5 Millionen biologische Proben gespeichert, die für Studien mit weiteren Patientendaten kombiniert werden können. Für die Forschung sind große Datenmengen ein unerlässlicher Rohstoff. „Datenbestände nicht zu nutzen wäre heute nahezu unethisch und wohl auch nicht mehr Stand der Technik“, sagt Bernhard Kadlec. Er ist der kaufmännische Direktor des Universitätsklinikums St. Pölten, des klinischen Standorts der Karl Landsteiner Privatuniversität in Krems.

Große Datenmengen

Kliniken und Krankenhäuser wie das UK St. Pölten verfügen natürlicherweise über große Datenmengen: Befunde, Krankheitsgeschichten, Labordaten. „Hier schlummern, teilweise versteckt in Nativdaten, aber >>



URSULA WEISMANN

Mag. Ursula Weismann ist seit 2002 die Geschäftsführerin der Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H. – SVC. Die SVC ist eine Tochter des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger.



BERNHARD KADLEC

Mag. Dr. Bernhard Kadlec ist der kaufmännische Direktor des Universitätsklinikums St. Pölten. Er war zuvor Projektmanager und Organisationsentwickler und engagiert sich als ehrenamtlicher Vorstand der Johanniter-Unfall-Hilfe in Österreich. Er studierte Betriebswirtschaft an der Wirtschaftsuniversität Wien und Gesundheitswissenschaften.

auch in Befunden und Arztbriefen, viele Erkenntnisse zu Therapien und Behandlungsmethoden und deren Erfolg“, sagt Kadlec.

Gesundheitsdaten sind wertvoll. Aber haben sie auch einen ökonomischen Wert? Alphabet, der Google-Konzern, investiert schon länger im Bereich Gesundheit und ist ein Vorreiter bei Artificial-Intelligence-Anwendungen. Sein AI-Unternehmen „DeepMind“ kooperiert für die App „Streams“ mit vier britischen Krankenhausketten, um die Patientendaten auswerten zu können. Ärzte sollen schneller informiert werden, wenn sich ein Gesundheitszustand plötzlich verschlechtert. Das ist auch für DeepMind nicht leicht, denn es müssen komplexe Daten verarbeitet werden. Es sind Bilddaten von MRTs ebenso darunter wie Therapieblätter.

Auf der anderen Seite: Die etwa mit „Streams“ in den Kliniken gewonnenen Daten sind besonders hochwertig. Noch ist kein Wearable in der Lage, eine Röntgenaufnahme anzufertigen. Aber viele Röntgenaufnahmen, kombiniert mit zahllosen weiteren Informationen, können die Algorithmen von Google und damit seine Produkte entscheidend verbessern. Dies macht den Datenbereich für Google so attraktiv. Der Gesundheitsmarkt hat in allen westlichen Industrieländern in etwa ein Volumen von jeweils zehn Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP).

iPhone als Gesundheitsgerät

Apple braucht Daten, um das Smartphone zu einem umfassenden Gesundheitsgerät weiterzuentwickeln. Die jüngste Version des iPhone verfügt über die App „Health Records“, die es den NutzerInnen erlaubt, ihre Gesundheitsdaten zu teilen. „Health Records“ wird so viele Daten sammeln können, die Apple eine Tür zur personalisierten Medizin öffnen.

Amazon und Facebook sind zwei weitere neue Player am Gesundheitsmarkt. Der Onlinehändler will die eigenen Mitarbeiter künftig selbst versichern und in den Online-Medikamentenmarkt einsteigen. Facebook wiederum will seine Algorithmen dazu nutzen, Menschen mit Depression zu erkennen. Der Clou dabei: Alle diese Unterneh-

Datenbestände nicht zu nutzen wäre heute nahezu unethisch und wohl auch nicht mehr Stand der Technik.

Bernhard Kadlec

mungen vermehren die ohnehin schon großen Datenschätze der Techno-Firmen weiter.

Ein ganz anderes Modell verfolgt „Medicus“: Das Start-up hat eine Software entwickelt, die medizinische Informationen, etwa Labordaten, in eine für Laien verständliche Sprache übersetzt. Die Kunden von Medicus sind zurzeit vor allem Diagnostik-Labore. Medicus kann aber auch als vollständige Gesundheits-App genutzt werden – für das Management chronischer Erkrankungen wie Diabetes oder für das präventive Monitoring der eigenen Gesundheit. Derzeit läuft auch eine Pilotphase für Versicherungen. Sie sollen mit Medicus ihren Kunden passende Programme anbieten können. „Versicherungen können ihren Mitgliedern damit ein Werkzeug an die Hand geben, das eine kontinuierliche und persönliche gesundheitsbezogene Betreuung erlaubt“, sagt Verena Kretschmann, die für den europäischen Markt zuständig ist. Der Unterschied zu Facebook und Co? Die Daten bleiben auf dem Smartphone – weder die Kunden von Medicus noch Medicus selbst haben Zugriff auf sie.

Klassische Player im Gesundheitswesen und vor allem Wissenschaftler haben gegenüber den Technologie-Giganten Nachteile. Sie müssen das erforderliche Know-how zukaufen. Das trifft auch Pharmakonzerne wie Roche. Roche hatte zuletzt „Flatiron“,

einen Softwarehersteller gekauft, um für die personalisierte Krebsmedizin Patientendaten auswerten zu können. 2017 erwarb Roche die österreichische App „mySugr“ mit damals einer Million Nutzern. Diabetes ist eine der am weitesten verbreiteten Erkrankungen. Der Markt ist also groß. Bernhard Kadlec sieht die Entwicklung kritisch: „Anbieter von Gesundheitsleistungen dürfen das Geschäftsfeld der personalisierten Medizin gerade auch in der Onkologie nicht multinationalen Pharmaunternehmen überlassen.“

Eigene Daten mitbringen

Kadlec wirbt angesichts der sich abzeichnenden Umbrüche im Gesundheitswesen dafür, größere Verbände zu bilden, um die neuen Technologien in den Dienst von Forschung und Therapie zu stellen. „Im Zusammenschluss einzelner Standorte oder größerer Trägerverbände sehe ich eine Chance.“ Patienten würden in Zukunft verstärkt auch eigene Daten – eben von jenen Apps, Wearables und Fitnesstrackern – mit in die Kliniken und Spitäler bringen, sagt Kadlec. Eine Herausforderung, die seinen Ehrgeiz weckt: „Es ist zu klären, wie valide die Daten sind und wie sie in klinische Systeme zumindest zu Dokumentationszwecken einfließen können.“

E-Medikation vor Start

Während Millionen Smartphone-Nutzer weltweit freiwillig ihre Daten den Technologiekonzernen überlassen, müssen sich

Anbieter des öffentlichen Sektors weitaus mehr anstrengen. Heuer startet der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (SV) mit der E-Medikation. Deutschlandsberg wird die erste Region sein, in der für Patienten Medikationsdaten erfasst werden können. Medikamente und Befunde können eingesehen und selbst verwaltet werden. „Erstmals hat damit der Patient die Hoheit über diese Daten“, sagt Ursula Weismann, Geschäftsführerin der Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H. – SVC. Die SVC hat für den Hauptverband das E-Card-System für 8,4 Millionen Versicherte entwickelt und eingeführt. Wer im ELGA-System seine Gesundheitsdaten löschen möchte, kann dies jederzeit tun.

Es ist ein praktisches System. Jedoch: Um ELGA in vollem Umfang selbst nutzen zu können, ist eine Handy-Signatur erforderlich. Über diese verfügt bisher nur ein Zehntel aller Österreicher.

Dem öffentlichen Sektor scheint es schwerzufallen, den Patienten das Angebot wirklich schmackhaft zu machen. Dabei liegt darin eine große Chance: Für Krankenhäuser, Ärzte und Therapeuten gilt es, Patienten an sich zu binden. Ähnlich wie es Facebook und Co auch tun. In einem digitalisierten Gesundheitssystem wachsen nämlich die Wahlmöglichkeiten für manche Patienten. Bernhard Kadlec: „Mündige Patienten werden ihre Nativdaten einfordern, um sie möglicherweise einer Zweitmeinung zuzuführen und vielleicht auch durch Spezialisten im Ausland analysieren zu lassen.“ ■



VERENA KRETSCHMANN

Dipl.-Betriebswirtin Verena Kretschmann hat internationale Betriebswirtschaft studiert und ist Mitgründerin des Medizin-Start-ups Anvajo. Bei Medicus ist sie für den europäischen Markt zuständig.

Fotos: Weismann © SVC; Kadlec © LK St. Pölten; Kretschmann © medicus

ANZEIGE

...Ihre Grundbuchexperten

WIE
...hat sich der m²-Preis entwickelt?

WER
...hat dieses Haus gekauft?

WAS
...hat dieses Penthouse gekostet?

WEM
...gehört der Stephansdom?

Wir haben die Antworten. www.IMMOUnited.com

Der Traum von der Republik Europa mit starken Regionen

Ist es an der Zeit, den heutigen Nationalstaat in Europa grundlegend zu überdenken? Die Donau-Universität Krems (DED) analysiert die Rolle von Regionen im institutionellen System der EU und lotet ihren Spielraum in der Neugestaltung eines demokratischen Europas aus.

Von Christian Scherl

D

ie Unzufriedenheit der Bürgerinnen und Bürger mit den gegenwärtigen Strukturen der EU ist unübersehbar. Angefangen vom Brexit über das Referendum der Schotten bis hin zu den Schlagzeilen aus Katalonien. Es brodelt. Da der Nationalstaat anscheinend keine ausreichenden

Antworten mehr auf die vielfältigen Probleme der Bürgerinnen und Bürger hat, beanspruchen nun immer mehr Regionen eine politische Eigenständigkeit für sich. Da muss die Frage erlaubt sein: Ist die EU, so wie sie derzeit institutionell aufgebaut ist, noch zeitgemäß? Das Konzept der „Vereinigten Staaten von Europa“ ist in die Kritik gekommen, zumal Regionen, Nationalstaaten und EU sich immer mehr gegenseitig bei der europäischen Entscheidungsfindung blockieren. Ulrike Guérot, seit 2016 Professorin und Leiterin des Departements für Europapolitik und Demokratieforschung an der Donau-Universität Krems, schlägt vor, Europa als Republik zu denken. Dieses alter-

native Konzept hat in wissenschaftlichen und öffentlichen Diskursen eine rege Diskussion ausgelöst. Guérot gilt als Verfechterin eines Europas der Regionen und tourt gegenwärtig als führende Ansprechperson rund um die Thematik „regionale Parlamente in Europa und europäische Demokratie“ von Vortrag zu Vortrag. Rund um dieses Thema dreht sich auch ein Teil des von ihr wissenschaftlich geleiteten Projektes „Regional Parliaments and the Future of European Democracy“ (REGIOPARL). Das Projekt bildet die zweite Säule des Forschungsprojektes „Zukunft in EU-ropa und Österreich“.

Metatrend Regionalisierung

Müssen die Nationalstaaten der alleinige institutionelle Träger der EU sein? Der Trend zur Regionalisierung deutet eher auf ein Nein hin. Ulrike Guérot wagt mit ihrem Forschungsansatz den Versuch, die europäische Verfassung fundamental neu zu denken. „Immerhin ist der Souverän Träger der Staatsgewalt, also die Bürgerinnen und Bürger, und nicht die Nationalstaaten“, sagt die

Der Souverän, Bürgerinnen und Bürger, ist Träger der Staatsgewalt, nicht die Nationalstaaten.

Ulrike Guérot

Wissenschaftlerin und will aufklären, ob sich die Menschen partizipatorische Strukturen und kleinere demokratische Einheiten wünschen. Nimmt man z. B. mittelalterliche Europa-Landkarten zur Hand, so findet man darauf nicht die heutigen Nationalstaaten, wie wir sie kennen, sondern territoriale Einheiten wie etwa Tirol, Böhmen, Bayern, Venezien, Flandern usw. Guérot stellt klar, dass sie nicht Separatisten das Wort reden möchte. Es gehe um den institutionellen Rahmen für Europa als Ganzes, bei dessen Modellierung sie sich an dem französischen Staatstheoretiker Montesquieu orientiert. Inspiriert von dessen Schriften, war man bei der Ausgestaltung der amerikanischen Föderation der Meinung, dass eine gerechte Föderation aus vielen etwa gleich großen Einheiten bestehen müsse. „Und genau daran krankt es u. a. in der EU“, so Guérot. „Da gibt es mit England, Frankreich und Deutschland die drei ‚großen Elefanten‘ – von denen mit England nun einer wegfällt. Die restlichen EU-Mitgliedsstaaten aber haben eher wenig zu melden.“ Würde man etwa 50 gleich große Einheiten als konstitutionelle Träger einer Europäischen Republik nehmen, entstünde hingegen ein Level Playing Field, bei dem die politische Macht gleichmäßig verteilt wäre und alle Bürgerinnen und Bürger Europas gleichermaßen politische Teilhabe hätten.

Wie aktuell die Donau-Universität Krems mit ihrem Forschungsvorhaben ist, zeigt sich an den Partnern, die gemeinsam an der Fragestellung forschen wollen: Die Eberhard Karls Universität Tübingen hat den europaweit größten Exzellenzcluster für Re-

gionalforschung, das Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung wiederum ist das führende Institut für europäische Grundlagenforschung. Ein weiterer wichtiger Partner ist die European School of Governance. Auch einen starken Partner aus Osteuropa einzubinden, die Jagiellonian University Krakau, sei der Gruppe wichtig gewesen, so Guérot, die im Verlauf der Jahre weitere Projektpartner gewinnen will.

Mischung von Testregionen

Mit modellierten Fragebögen wollen die Forscherinnen und Forscher verschiedene Regionen Europas besuchen, um im Rahmen von Workshopangeboten mit den Regionalpolitikerinnen und -politikern Modelle für die Zukunft Europas zu diskutieren. Entscheidend sei, so Guérot, eine repräsentative Auswahl abzubilden, also Testregionen mit unterschiedlichen Kriterien, eigenständigem Landesparlament und solche ohne, unterschiedliche Sprachen und Gebiete, die größere Autonomie anstreben, aber auch jene, bei denen der Wunsch nach Unabhängigkeit kaum ausgeprägt ist.

Mit dem Forschungsansatz will Ulrike Guérot Impulse für einen neuen Demokratie- und Europadiskurs setzen. Bloß wer wäre in der Lage, tatsächlich die Umsetzung eines Regionalisierungskonzeptes der EU voranzutreiben? Ulrike Guérot sieht das optimistisch: „Jede Zeit bringt ihre historischen Subjekte hervor.“ ■



ULRIKE GUÉROT

Univ.-Prof. Dr. Ulrike Guérot ist Universitätsprofessorin für Europapolitik und Demokratieforschung und Leiterin des Departements für Europapolitik und Demokratieforschung (DED) an der Donau-Universität Krems.

Zukunft in EU-ropa und Österreich Teil 2: European Democracy Lab (EDL)

Die Partner:

- > Donau-Universität Krems (Kordinator)
- > Eberhard Karls Universität Tübingen
- > European School of Governance
- > Jagiellonian University Krakau
- > Wissenschaftszentrum Berlin (WZB)

Kooperationspartner: Forum Morgen Privatstiftung

Laufzeit: Oktober 2017 bis September 2022

**FORUM
MORGEN**

Mit strenger Rechnung und geschultem Blick

*Wenn es um unsere Gesundheit geht, ist uns meist nichts zu teuer. Sinnvoll ist dennoch, das Gesundheitssystem mit den Maßstäben Effizienz und Effektivität zu durchleuchten. **Eva Krczal**, Leiterin des Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsökonomie, hat dabei die Behandelten und die Behandelnden im Auge.*

Von Astrid Kuffner



*Ass.-Prof. Dr. **Eva Krczal** ist Leiterin des Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsökonomie am Department für Wirtschaft und Gesundheit der Donau-Universität Krems. Sie studierte Handelswissenschaften an der Wirtschaftsuniversität Wien und dissertierte an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt. An der Universität Bocconi in Mailand schloss sie das CEMS-Masterstudium ab. Von 2003 bis 2009 war sie kaufmännische Leiterin der Prismachip KG in Meran, Italien.*

Z

wei Seelen schlagen in der Brust von Eva Krczal. Die Leiterin des am Department für Wirtschaft und Gesundheit angesiedelten Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheits-

ökonomie der Donau-Universität Krems hat sich im Studium an der Wirtschaftsuniversität Wien schon früh auf das Gesundheitssystem spezialisiert. Die Diplomarbeit schrieb sie über Qualitätsverbesserungen im Krankenhaus, die Doktorarbeit an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt über Führungsverhalten unter dem Aspekt der Quality Policy im Krankenhaus.

Die gebürtige Linzerin ist eine Überzeugungstäterin: Sie will mit quantitativen Argumenten die Qualität im Gesundheitssystem steigern, ohne gedankenloses Cost-cutting. Eva Krczal ist dabei eine geschulte Beobachterin mit Spezialisierung auf verhaltenswissenschaftliches Management und gleichzeitig eine kühle (Kosten-)Rechnerin. Auslöser war eine Vorlesung, in der ihr Professor über Quality Adjusted Life Years (QALYs) und Rationalisierungsmaßnahmen im britischen Gesundheitssystem referierte. In England wurde bei einem 80-jährigen Patienten schon damals ein Punktwert berechnet und so abgewogen, ob sich der Herzschrittmacher noch „lohne“. Ihr Großvater hatte diese lebensverlängernde Operation ganz selbstverständlich in Anspruch genommen: „Ich dachte damals: Hoffentlich kommt das bei uns nicht. Ich war und bin davon beseelt, dass es viele andere Möglichkeiten gibt, um die Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus zu verbessern.“

Drei Blickwinkel

Die evidenzbasierte Gesundheitsökonomie analysiert Konzepte und Modelle zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems. Dessen Leistungsfähigkeit wird aus drei Blickwinkeln beurteilt: dem medizinischen Outcome, dem Qualitätserlebnis der Patientinnen und Patienten und dem

ökonomischen Outcome. Die wissenschaftliche Community ist gut vernetzt und hochaktiv. „Was funktioniert bei euch gut?“ ist eine Frage, die Eva Krczal bei internationalen Kongressen häufig hört. Ländervergleiche können das nationale Gesundheitssystem verbessern, indem man sich funktionierende Lösungen anschaut. Allerdings muss sie als Forscherin genau hinschauen, um echte Erfolgsfaktoren zu destillieren. Ist die Datenbasis vergleichbar, wie sieht die Struktur genau aus, was sind sinnvolle Indikatoren? Die Gesundheitsökonomin interessiert sich besonders für PROMS (Patient Reported Outcome Measures). Mit diesen Indikatoren wird das Qualitätserlebnis der Patientinnen und Patienten in der Gesundheitsversorgung erhoben. „Es geht nicht mehr nur darum, ob Arzt oder Ärztin nett waren und verständlich geredet haben. Patienten können den medizinischen Outcome mitbeurteilen: Ob sie sich sicher fühlen, das Krankenhaus zu verlassen, den Alltag zuhause zu bewältigen, ob sie weniger Schmerzen haben etc.“ Es gilt passende Indikatoren zu entwickeln, um die Interaktion der Behandelnden mit den Behandelten und die Kostenentwicklung objektiv zu beschreiben.

Hausärzte als Koordinatoren

Gerade wurde am Zentrum eine vergleichende Analyse über hausarztzentrierte Versorgungsnetzwerke in Deutschland abgeschlossen. Die Assistenzprofessorin befürwortet eine Versorgung, in der Hausarzt oder Hausärztin zum Koordinator bzw. zur Koordinatorin der medizinischen Versorgung und Vorsorge werden und die Patienten und Patientinnen aktiv eingebunden werden. Es kommt aber auf die genaue Gestaltung an. Aktuell nimmt sie das integrierte Versorgungssystem in den Niederlanden unter die Lupe, das vielen als Beispiel für gelungene Primärversorgung gilt, in dem multidisziplinäre Teams Allgemeinmediziner bei der Arbeit unterstützen.



Alle Player sprechen von mehr Kooperation, Prävention und Gesundheitsförderung, aber noch gelingt die Flexibilisierung des gewachsenen Systems nicht.

Eva Krczal

Die Stärken des österreichischen Gesundheitssystems sieht Eva Krczal in seiner Zugänglichkeit und Gerechtigkeit. Auch die Qualität der Versorgung ist sehr hoch. Gleichzeitig ist das System fragmentiert und ein Gesamtbild schwer zu entwickeln: „Alle

Player sprechen von mehr Kooperation, Prävention und Gesundheitsförderung, aber noch gelingt die Flexibilisierung des gewachsenen Systems nicht“, betont Krczal. Sie wünscht sich mehr Freiheit in der Durchführung bei klaren Vorgaben. Obwohl das Gesundheitswesen komplex ist, „muss man auch hier ausprobieren und kreative Lösungen zulassen“.

Italienische Leichtigkeit

Die Leiterin des Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsökonomie absolvierte im Masterstudium ein Jahr an der Universität Bocconi in Mailand und lernte dort die italienische Leichtigkeit und Gemütlichkeit kennen. Nach sieben Jahren Selbständigkeit in Südtirol zog es sie wieder zurück ins akademische Umfeld. An der Donau-Universität Krems arbeitet sie seit 2009 und schätzt besonders die gelungene Verbindung von Forschung und Praxis. Als Ausgleich für die Denk- und Schreibtischarbeit gibt die zertifizierte Aerobic- und Pilates-Trainerin Stunden in einem Verein und betreut im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung auch ein Rückenfit-Programm an der Donau-Universität Krems. Dass sie genau schaut, ob die Übungen richtig mit Blick auf den maximalen Nutzen ausgeführt werden, versteht sich von selbst. ■

Ärztin mit Ambitionen

Die Medizin ist für Astrid Magele Berufung. Sie praktiziert, forscht und lehrt mit Leidenschaft. Und schafft es auch noch, ein weiteres Studium zu absolvieren.

Von Ilse Königstetter

Dass sie im sozialen Bereich arbeiten wollte, wusste Astrid Magele schon früh. Nachdem sie bereits eine Ausbildung zur Kindergartenpädagogin absolviert hatte, entschloss sie sich zum Medizinstudium. Schnell stellte sich heraus, dass sie mit dieser Entscheidung absolut richtig lag. Nach ihrer Ausbildung zur Allgemeinmedizinerin und dem Turnus an den Universitätskliniken in Salzburg und Innsbruck blieb sie schließlich an der Fachrichtung Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde „hängen“. Aus mehreren Gründen: „Man hat mit vielen verschiedenen Patientinnen und Patienten und Indikationen zu tun, mit Kindern, mit älteren Menschen, mit onkologischen Patientinnen und Patienten, aber auch mit an sich gesunden Menschen, die an einer chronischen oder anderen Hörschädigung leiden und eine ärztliche Intervention benötigen,“ beschreibt Astrid Magele ihre Freude an der Vielfalt. Was ihre Wahl wesentlich mitbestimmte, war die Tatsache, dass das Fach eine große Bandbreite für chirurgische

Eingriffe bietet, denn das ist die Tätigkeit, die sie in ihrem Beruf am liebsten ausübt. 2011 schloss Astrid Magele ihre Ausbildung zur Fachärztin an der Universitätsklinik Innsbruck ab.

2013 wechselte Magele dann an die Universitätsklinik St. Pölten. Sie arbeitet dort als Oberärztin an der HNO-Abteilung, zusätzlich leitet sie die Hörstörungsambulanz. Einer ihrer wissenschaftlichen Schwerpunkte ist die Hörimplantologie. Ein Gebiet, in dem sie auch schon zahlreiche klinische Studien durchgeführt hat. „Die Hörimplantate wurden in den letzten Jahren rasant weiterentwickelt und die Indikationen haben sich stark erweitert, sodass immer mehr Menschen mit dieser Art von Therapie geholfen werden kann“, freut sich Magele über die kontinuierlichen Fortschritte.

Immer mehr Menschen im höheren Alter bleiben fit

Bis zu 150 Patientinnen und Patienten können jährlich damit versorgt werden. Rund 80 Prozent sind Erwachsene, ein Großteil davon über 65 Jahre. Da immer

mehr Menschen auch im höheren Alter fit bleiben, bedeutet ein stark eingeschränktes Hörvermögen für viele eine erhebliche Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität. Magele: „Wenn Menschen nicht mehr mit einem konventionellen Hörgerät versorgt werden können, kann durch eine Operation mit unterschiedlichen Implantaten geholfen werden.“ Selbst bei gänzlicher Ertaubung kann man mithilfe eines speziellen Cochlea-Implantats Hörvermögen und Sprachverstehen wiederherstellen. Mit ihrer Habilitation zum Thema „Neue Indikationen für die Versorgung mit Hörimplantaten in der Hörrehabilitation“ an der Medizinischen Universität Innsbruck konnte sie aufzeigen, dass man auch bei alten Patientinnen und Patienten sehr gut implantieren kann, wenn aufgrund des Allgemeinzustandes keine Kontraindikationen für eine Narkose bestehen.

Immer wieder fasziniert ist sie von der Entwicklung von Kindern, die gehörlos geboren und mit einem Hörimplantat im ersten Lebensjahr versorgt wurden. „Erfolgt die Implantation rechtzeitig (im 12. bis 18. Lebensmonat), ist eine völlig normale Sprachentwicklung und in der Folge auch eine normale Schulbildung möglich“, erklärt Magele.

Investition in Führungsqualitäten

Damit auch die Ausbildung des medizinischen Nachwuchses gewährleistet bleibt, lehrt sie als Dozentin an der Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften in Krems. Dass Magele bei der atemberaubenden Dichte an medizinischen, forschenden und lehrenden Tätigkeiten noch Zeit gefunden hat, einen Lehrgang für Krankenhausmanagement an der Donau-Universität Krems zu absolvieren, ist eine logistische Meisterleistung. Die dort gelehrt Inhalte, wie beispielsweise Prozess- und Veränderungsmanagement, Ökonomie, Führungsverhalten und strategisches Management waren für sie deshalb besonders interessant, „weil die Medizin und die Arbeit in einem Krankenhaus unter einem ganz neuen Blickwinkel betrachtet werden“. Die hohe Qualität der Vortragenden tat ein Übriges und inspirierte sie dazu, dem Lehrgang ein Masterstudium folgen zu lassen.

Foto: © Durl

Wenn ich sehe, wie gut es meinen Patientinnen und Patienten geht, dann ist das schon sehr befriedigend.

Astrid Magele



Privatdozentin Dr. **Astrid Magele** wurde 1977 in Wolfsberg im Lavanttal/Kärnten geboren. Nach der Matura an der Bundesbildungsanstalt für Kindergartenpädagogik studierte sie Medizin an der Universität Wien und promovierte 2003. Seit 2011 ist sie HNO-Fachärztin, seit 2013 Oberärztin am Universitätsklinikum St. Pölten. 2016 wurde sie als Privatdozentin an der MedUni Innsbruck habilitiert. Nachdem Magele das 2015 begonnene Certified Program Krankenhausleitung an der Donau-Universität Krems absolvierte, schloss sie das Masterprogramm Management im Gesundheitswesen/Healthcare Management an.

Aktuell befasst sich Magele im Studium auf Basis einer Befragung mit der Evaluation von Effektivität und Qualität von Selbsthilfegruppen und im Speziellen – passend zu ihren Forschungsschwerpunkten – mit einer Selbsthilfegruppe für Morbus Usher¹. „Ideal wäre ein Studienabschluss bis Ende Juni“, sagt Magele, „auf jeden Fall aber bis zum Ende dieses Jahres.“ Dass sich mit diesem Abschluss ihre Chancen auf die ärztliche Leitung einer HNO-Abteilung weiter verbessern, steht durchaus auf ihrer Wunschliste.

Bei so viel Engagement ist die Freizeit spärlich. Den größeren Teil ihrer Urlaube investiert sie derzeit in Studium und Weiterbildung. Ausgleich findet sie bei sportlichen Aktivitäten, wie Laufen, Rennradfahren, Skilaufen und Skitourengängen. Die größte Freude aber bereiten ihr Erfolge im Beruf. „Wenn ich sehe, wie gut es meinen Patientinnen und Patienten geht, dann ist das schon sehr befriedigend.“ ■

¹Das Usher-Syndrom ist eine erblich bedingte Kombination von langsam fortschreitender Netzhautdegeneration, die zur Erblindung führt, und häufig bereits früh einsetzender Innenohrschwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit von Geburt an.

Alumni-Club

Blue-Hour-Vorschau

Was bringt der EU-Ratsvorsitz?



Neuer Saal des Europäischen Rates:
Wie bunt Österreichs Themenpalette als
Vorsitzland sein wird, diskutiert die
Blue Hour am 8. Mai.

Anfang Juli übernimmt Österreich den Vorsitz des EU-Rates für ein halbes Jahr. Zum dritten Mal nach 1998 und 2006 kommt Österreich turnusgemäß wieder die Möglichkeit zu, als vorsitzendes Land wesentlich Gesetzgebung und die politische Arbeit des EU-Rates als eine der drei essentiellen Institutionen der Europäischen Union zu bestimmen. Welche Themen will Österreich als Vorsitzland im Konkreten auf die Agenda setzen? Lässt sich mit der Ratspräsidentschaft die EU den Bürgern näherbringen und ihr Image aufpolieren? Wie kann Österreich in diesem halben Jahr seine Position in der EU durch den Vorsitz verbessern? Und wie kann all dies gelingen, nachdem mit dem Vertrag von Lissabon die Funktion des EU-Ratspräsidenten, derzeit Donald Tusk, eingeführt wurde und die Ländervorsitze damit ein anderes Gewicht bekommen haben?

All diese Fragen diskutiert die kommende Blue Hour, das Diskussionsformat des Alumni-Clubs. Mit dabei seitens der Donau-Universität Krems ist Gerda Füricht-Fiegl, MSc, stellvertretende Leiterin des Departments für Wissens- und Kommunikationsmanagement der Donau-Universität Krems. Die Moderation der Diskussionsrunde übernimmt Mag.^a Andrea Lebký, MA, „Die Presse“.

Blue Hour: EU-Vorsitz Österreich:
Was bringt uns die EU-Ratspräsidentschaft?
Termin: Di, 8. Mai 2018
Beginn: 18:30 Uhr
Ort: Leopold Museum in Wien

Ausklang mit Netzwerken und einer Weinverkostung.
Anmeldung unter: www.donau-uni.ac.at/alumni

Termine

18.4.2018	Stammtisch Brüssel
19.4.2018	Stammtisch Kärnten
25.4.2018	Stammtisch Wien
03.5.2018	Stammtisch Linz
04.5.2018	Stammtisch Innsbruck



Kunst & Kultur

donaufestival

„endlose Gegenwart“

Das donaufestival 2018 stellt an zwei langen Wochenenden sechs Tagesprogrammepakete zusammen, die dazu einladen, außergewöhnliche Erfahrungen zu machen.

27. April bis 6. Mai 2018
www.donaufestival.at



Veranstaltungsreihe

Musik.Literatur. Fotografie.Zeitzeugen

Das kulturelle Gedächtnis der Stadt Krems steht im Mittelpunkt der Veranstaltungsreihe. An verschiedenen Orten finden im Mai und Juni multimediale Konzerte der Musikschule Krems statt, bei denen Kremser Bürgerinnen und Bürger aus ihren Erinnerungen, die sie mit diesen Orten verbinden, erzählen.

Haus der Regionen – Volkskultur Europa
17. Mai 2018, 19.30 Uhr, Pfarrkirche St. Veit, Kunst im Dom
14. Juni 2018, 19.30 Uhr, Musikpavillon, Stadtpark, Pavillon im Park
www.volkskulturmoe.at



Ausstellung

Axel Hütte

Die Kunsthalle Krems zeigt im Frühjahr 2018 die erste umfassende Ausstellung von Axel Hüttes fotografischem Werk in Österreich. Axel Hütte zählt zu den führenden Protagonisten der aktuellen Landschaftsfotografie; er hat wesentlich zum Selbstbewusstsein der Fotografie in der bildenden Kunst ab den späten 1970er-Jahren beigetragen.

Kunsthalle Krems
11. März bis 10. Juni 2018
www.kunsthalle.at



WEITERE TERMINE

Architekturtag 2018

Stärker als je zuvor nähern sich Film und Architektur an. 10 Filme porträtieren insgesamt 20 Planer und Planerinnen rund um den Erdball, 8 davon Pritzker-Preisträger. Heidrun Schlögl und Helmut Weihsmann kuratieren die Architekturtag.

**ORTE Architekturmuseum
NÖ in Kooperation mit
Kino im Kesselhaus und
Donau-Universität Krems**

**Freitag, 8. bis Samstag,
9. Juni 2018**
**Kino im Kesselhaus,
Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30,
3500 Krems**
Eintritt frei!

www.orte-noe.at

XENOS

Akram Khan Company

Bühnenabschied für
den britischen Tänzer
und Choreografen.

Festspielhaus St. Pölten
17. Mai 2018, 19.30 Uhr
www.festspielhaus.at



Campus Krems



Antritt

Plädoyer für das Museum

Der Erfolg von Museen weltweit hat ihre eigentliche Funktion in den Hintergrund gedrängt: das Sammeln und Forschen. In ihrer **Antrittsvorlesung am 22. Februar 2018 plädierte Univ.-Prof. Dr. Anja Grebe** daher dafür, sich wieder der eigentlichen Aufgabe der Museen zu erinnern und deren wissenschaftliche Funktionen zu fördern. Museen seien Speicher des kulturellen Gedächtnisses, so Grebe, die als Universitätsprofessorin für Kulturgeschichte und Museale Sammlungswissenschaften an die Donau-Universität Krems berufen wurde.

www.donau-uni.ac.at

Research Lab

Neues Forschungszentrum untersucht sozialen Zusammenhalt

Das mit Jänner 2018 an der Fakultät für Wirtschaft und Globalisierung der Donau-Universität Krems gegründete Zentrum „Research Lab Democracy and Society in Transition“ erforscht die derzeitigen gesellschaftlichen Veränderungsprozesse und entwickelt Strategien, um den sozialen Zusammenhalt zu fördern. Das neue Lab umfasst die Netzwerke netPOL und ECONet, die Science-to-Public-Plattform sozialeinklusion.at sowie den Schwerpunkt „Sozialplanung und soziale Versorgung“. „Derzeit sind wir auf europäischer wie auch globaler Ebene mit Veränderungen konfrontiert, die zu gesellschaftlichen Umbrüchen führen“, erklärt Zentrumsleiterin Dr. Christina Hainzl. Sie forscht gemeinsam mit Univ.-Prof. Dr. Peter Filzmaier und seinem Forschungsteam.



Gütesiegel

Gesundheitsförderung

Der Rektor der Donau-Universität Krems, **Friedrich Faulhammer**, und die Leiterin der DLE Personal, **Elvira Autherith**, nahmen bei einer Feier in Baden am 14. März das Gütesiegel für betriebliche Gesundheitsförderung des gleichnamigen Netzwerks entgegen. Mit dem BGF-Gütesiegel werden die Gesundheitsorientierung der Universität für Weiterbildung und ihre zahlreichen Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbrieft.



Fotos: S. 50 © DUK Walter Skokantsch, S. 51 © NÖ GKK APA-Fotoservice/fermandinger, © NFB Klaus Ränger



Symposium Dürnstein

Arbeit und Verteilungsfragen im Fokus

Debatten um die Kürzung der Mindestsicherung, aber auch der Diskurs über Gemeinwohloökonomie, sinkende Arbeitszeit oder das bedingungslose Grundeinkommen in Zeiten der Digitalisierung für alle verweisen darauf, dass das Konzept von Arbeit verstärkt hinterfragt wird. Vor diesem Hintergrund widmete sich das **Symposium Dürnstein, das von 8. bis 10. März 2018 stattfand**, dem Thema der Arbeit sowie dem Begriff des Überflüssigen – sowohl im nationalen als auch im globalen Maßstab. Univ.-Prof. Dr. Mathias Czaika, Leiter des Departments für Migration und Globalisierung der Donau-Universität Krems, war als Kommentator des Themas globale Hierarchien geladen. „Durch Globalisierungsprozesse mitverursachte soziale und ökonomische Ungleichheiten gelten in der Migrationsforschung als eine der Grundursachen wachsender internationaler Migrationsströme“, so Czaika beim Symposium.

Trends & Termine

Conference

Health Economics Congress 2018

Maastricht University and the Maastricht University Medical Centre will host the 2018 European Conference on Health Economics in Maastricht, the Netherlands in July. Focus is "Shaping the future: the role of health economics". Organized by the European Health Economics Association the conference aims at promoting cooperation among national health economics associations in Europe as well as to profile and foster health economics at European universities.

www.euhea2018.eu



Forschung

Lise-Meitner-Exzellenzprogramm

Mit dem Lise-Meitner-Exzellenzprogramm will die Max-Planck-Gesellschaft ihr Engagement in der Förderung von Forscherinnen deutlich erhöhen. Bis 2022 sollen mehr als 30 Millionen Euro investiert werden. Im Rahmen des nach der österreichischen Kernphysikerin benannten Exzellenzprogramms werden ab dem Frühjahr 2018 jährlich bis zu zehn zusätzliche Forschungsgruppen für herausragend qualifizierte Nachwuchswissenschaftlerinnen ausgeschrieben.

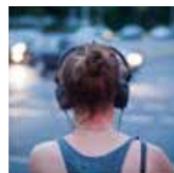
www.mpg.de/lise-meitner-exzellenzprogramm

Aktionstag

LÄRM. HÖR. AUF.

Am „Internationalen Tag gegen Lärm“ (25. April) lädt das Wiener Institut für Schallforschung der Österreichischen Akademie der Wissenschaften (ÖAW) unter dem Motto „Lärm.Hör.Auf.“ zu einem Informations- und Aktionstag mit Experimenten, computerunterstützten Simulationen und Animationen ein. Sie sollen helfen, Schall und Hören besser zu verstehen und sich vor Lärm zu schützen.

www.oew.ac.at/veranstaltungen/



European Strategy

EU announces war on plastic

Europe is planning to ensure all plastic packaging in the EU is recyclable by 2030. The move is part of a new policy on plastics published by the European Commission. Following China's decision to ban imports of foreign plastic waste, Brussels plastics strategy is designed to change minds in Europe and modernise plastics production and collection by investing EUR 350 million in research.

Ausstellung

Wunder Baobab

Dem Affenbrotbaum (Baobab) widmet das Naturhistorische Museum Wien eine Ausstellung mit begehbarer Baobab-Konstruktion und Fotos des renommierten französischen Fotografen Pascal Maitre. Sieben der acht weltweiten Arten dieses Baumes sind auf Madagaskar heimisch und vielen Madagassen heilig. Sein Stamm ist feuerbeständig, speichert tausende Liter Wasser, die Blätter werden für Medikamente verwendet.

www.nhm-wien.ac.at



Fotos: Meitner © Archiv der Max-Planck-Gesellschaft; www.oew.ac.at © Sascha Kohlmann; Baobabpublic.nhm-wien.ac.at

Bücher



Gesundheitspolitik in Deutschland

Ein Blick nach Deutschland macht klar: Auch in unserem Nachbarland ist die Diskussion um die Zukunft des Gesundheitssystems rege. Das Buch zeigt die Debatte um die notwendigen gesundheitspolitischen Reformen in Deutschland und bietet dabei einen internationalen Vergleich mit anderen Ländern. Eine an den Bedürfnissen der Patienten orientierte und bezahlbare Versorgung ist zukünftig nur möglich, wenn sich das deutsche Gesundheitswesen grundlegend wandelt, so die These des Buchs.

Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems
Brandhorst, Hildebrandt, Luth
Springer 2017



Irrtümer und Mythen

Der Ländervergleich zeigt, welche Erfahrungen mit Reformvorschlägen andernorts bereits gemacht worden sind. Und wie ausgabenträchtig, wie patientenfreundlich, wie effizient oder wie gerecht ein Gesundheitssystem tatsächlich ist. Das Handbuch bietet einen umfassenden Überblick über die Strukturen der Gesundheitssysteme sowie aktuelle Daten über die Gesundheitspolitik von über 30 Mitgliedstaaten der EU und der OECD. Ein weiteres Kapitel erklärt die Gesundheitspolitik auf europäischer Ebene.

Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik
Schölkopf, Pressel
Medizinisch Wiss. Verlagsgesellschaft 2017



Quadratur des Kreises

Zum einen noch bessere medizinische und pflegerische Leistungen zu erbringen, zum anderen nachhaltig die Gewinnschwelle zu erreichen: Das Rezept für diese scheinbare Quadratur des Kreises bietet dieses Werk. Die Herausforderungen sind enorm: Rund die Hälfte der Spitäler in Deutschland schreibt rote Zahlen, Wirtschaftlichkeit und finanzielle Basis werden von Jahr zu Jahr schwächer. Die Ideen, Konzepte und Vorschläge der Autoren, um diesen Entwicklungen gegenzusteuern, geben den neuesten Stand der nationalen und internationalen Reformdiskussion wieder.

Modernes Krankenhausmanagement
Behar, Guth, Salfeld
Springer Gabler 2015

Master-Thesen

Generation Y

Wechsel des Arbeitsplatzes häufen sich, das Arbeitskräfteangebot sinkt. Die Masterthese zeigt, wie der Pflegektor am besten auf die Bedürfnisse und Einstellungen der Generation Y – Bevölkerungskohorte 1980–2000 – eingeht und damit Personal gewinnt und hält.

Fachliche und soziale Integration von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger der Generation Y im eigenen Unternehmen
Margit Gattringer
Donau-Universität Krems
2018

Palliativ-Versorgung

Palliative Betreuung von unheilbar kranken Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen stellt eine besondere Herausforderung dar. Die Arbeit zeigt, wie ein Konzept für die Einführung pädiatrischer Palliativbetten in Oberösterreich umgesetzt werden kann.

Implementierung von pädiatrischen Palliativbetten in einem Akutkrankenhaus in Oberösterreich
Elisabeth Radon
Donau-Universität Krems
2018

Impressum

upgrade:

Das Magazin für Wissen und Weiterbildung
der Donau-Universität Krems (ISSN 1862-4154)

Herausgeber:

Rektorat der Donau-Universität Krems

Medieninhaber:

Donau-Universität Krems,
Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30, A-3500 Krems

Chefredakteur:

Stefan Sagl, Donau-Universität Krems
E-Mail: stefan.sagl@donau-uni.ac.at

Verantwortlicher Redakteur:

Roman Tronner
E-Mail: roman.tronner@donau-uni.ac.at

Autorinnen & Autoren dieser Ausgabe:

Gerald Bachinger, Sonja Bettel, Hans-Jörg
Bruckberger, Sabine Fisch, Gerhard Gensch,
Ilse Königstetter, Astrid Kuffner, Cathren
Landschegg, Markus Mittermüller, Christian
Scherl, Eva-Maria Stöckler

Layoutkonzept: ki 36, Sabine Krohberger**Grafik:** buero8, Thomas Kussin**Schlusslektorat:** Josef Weilguni**Fotostrecke:** Idee und Konzept
DLE Kommunikation und Wissenschaftsredaktion**Leser- und Abonnementservice:**

Renate Hametner
Telefon: +43 (0)2732 893-2246

E-Mail: upgrade@donau-uni.ac.at

Herstellung: sandlerprint&more
Johann Sandler GesmbH & Co KG, A-3671 Marbach**Auflage:** 16.000**Erscheinungsweise:** vierteljährlich
Ausgabe 2.18 erscheint im Juli 2018

Gender-Hinweis: Im Sinne einer besseren
Lesbarkeit unserer Artikel verwenden wir
die maskuline oder feminine Sprachform.
Dies impliziert jedoch keine Benachteiligung
des jeweils anderen Geschlechts.

Disclaimer: Für die Richtigkeit der wieder-
gegebenen Inhalte und Standpunkte wird
keine Gewähr übernommen.

Vorschau 2.18

Kultur erben

In diesem Jahr begeht Europa das European Cultural Heritage Year. Der Frage, welchen Stellenwert das kulturelle Erbe für eine Gesellschaft hat, muss sich jede Bevölkerungsgeneration aufs Neue stellen: das gebaute kulturelle Erbe, das dokumentarische, das gesammelte künstlerische bis hin zum immateriellen Erbe. Letzteres mutet beinahe skurril an, stellt es neben Handwerkstechniken wie der Terrazzoherstellung auch Traditionen wie den Wiener Walzer unter Schutz.

Die kommende Ausgabe von **upgrade** nähert sich dem Begriff Kulturerbe von verschiedenen Richtungen an und fragt dabei, ob es so etwas wie ein europäisches Kulturerbe gibt, wie zugewanderte oder nach Österreich geflüchtete Menschen mit dem Kulturerbe ihres neuen Aufenthaltsortes umgehen, was junge Menschen dazu denken, wie mit Kulturerbe in verschiedenen Ländern umgegangen wird, ob und welche identitätsstiftende Wirkung von ihm ausgeht und welcher Umgang am besten geeignet ist, das Cultural Heritage lebendig zu halten.

ANZEIGE

campusball
k r e m s



Donau-Universität Krems
Die Universität für Weiterbildung



FH KREMS
UNIVERSITY OF APPLIED
SCIENCES/AUSTRIA



16. Juni 18

Campus-Ball Krems

Campus Krems | Dr.-Karl-Dorrek-Str. 30 | 3500 Krems

Infos und Karten

www.campusball.at



Tel. +43 (0)2732 893-2246, info@donau-uni.ac.at

www.donau-uni.ac.at/studienfuehrer