

Das Magazin für Health Professionals

gw. gesundheitswirtschaft.at

MZ 202042054 M | Österreichische Post AG: A-1040 Wien, Prinz-Eugen-Straße 8-10 | ISSN 0472-5530

ÖKZ

 Springer Medizin

AUSGABE 04/2024
65. Jahrgang / € 13,-

REHA
EXTRA

MARTIN GRUBER
Orthopädischer Chirurg und Wahlarzt

Kasse oder Privat?

Wege aus der Zwei-Klassen-Medizin

INTERVIEW
Gesundheitsökonom
Wolfgang Bayer über
steuerbare Systeme

BIOMEDIZIN
Neues Exzellenz-
Institut für KI
startet in Wien

PFLEGE
Mit smarten Recruiting-
Methoden gegen den
Personalmangel

BILDUNG
EXTRA

Die digitale Reise von Patient:innen

Patient Journey mit infomed.360

Die Reise von Patient:innen beginnt mit dem Kontakt zu einer Gesundheitseinrichtung. Im Fokus stehen die Bedürfnisse und die medizinische Versorgung. Digitalisierung soll das Gesundheitswesen unterstützen, sodass die Menschen im Mittelpunkt stehen.

Durch die passenden digitalen Lösungen können hilfreiche Services angeboten werden und der gesamte Behandlungsweg – von der Aufnahme bis zur Nachsorge – soll effizient und nahtlos gestaltet werden. Das stärkt Vertrauen und Zufriedenheit und entlastet das Fachpersonal.



1

Start der digitalen Patient Journey

Die Reise der Patient:innen beginnt oft online. Das Competence Center Digital Healthcare by MP2 IT-Solutions hat über 300 Websites und Online-Services für den Gesundheitssektor umgesetzt. Nutzen Sie die Erfahrung und schaffen Sie für Ihren Gesundheitsbetrieb benutzerfreundliche Services und Dienste.



2

Sichere Datenvorerfassung & Online-Services für Patient:innen

Moderne Gesundheitseinrichtungen setzen auf digitale Plattformen für Patient:innen und verbessern Abläufe und Services. Mit dem infomed.Portal sichern Sie beste Information und Kommunikation mit Ihren Patient:innen – und das vor, während und nach dem Aufenthalt.



4

Mobile App für den perfekten Informationsfluss

Die App info.James unterstützt Patient:innen während und nach dem Aufenthalt – für mehr Servicequalität, weniger Administrationsaufwand und rundum zufriedene Patient:innen. Optimale Benutzerfreundlichkeit und digitale Barrierefreiheit sind dabei selbstverständlich.



3

Papierlose Prozesse in Gesundheitseinrichtungen

Self-Service-Terminals, Unterschriften-Pads und NFC-Tags ermöglichen digitale Information und Dokumentation. Das infomed.360-Universum unterstützt dabei bestens.



5

Beste Nachbetreuung mit digitaler Unterstützung

Sorgen Sie mit digitalen Tools & Services für die optimale Nachbetreuung Ihrer Patient:innen.



Optimieren Sie die digitale Patient Journey Ihrer Patient:innen. Kontaktieren Sie mich und informieren Sie sich über die Möglichkeiten in Ihrem Gesundheitsbetrieb.



IT für Unternehmen.
Lösungen für Menschen.
www.mp2.at

www.infomed.at

Ing. Christoph Kitzler, CDC
MP2 IT-Solutions Geschäftsführer & CTO
Leiter Competence Center Digital Healthcare
+43 720 555 955 DW 370
christoph.kitzler@mp2.at
www.mp2.at/christoph.kitzler

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Die 2-Klassen-Medizin ist sozioökonomisch so natürlich wie jene Autobahnspur im sowjetischen Moskau, die nur den hohen Funktionären vorbehalten war. Wenn man sich einen Vorteil schaffen kann, dann tut man es. Einfach weil es geht. Solange es ein Wahlarztsystem gibt, solange wird es eine Differenzierung bei den Gesundheitsdienstleistungen geben. Schließlich muss der Wahlarzt sein Honorar auch rechtfertigen – deswegen wird er sich mehr anstrengen. Heikel wird es dann, wenn die Kluft zwischen Kassenmedizin und Kartenmedizin zu weit auseinanderklafft. Wer jetzt glaubt, dass in Österreich der Zugang zu guter Versorgung von großen Unterschieden geprägt ist, war noch in keiner US-Klinik.

Die Wahrnehmung einer 2-Klassen-Medizin ist in erster Linie von Wartezeiten geprägt. Wenn man niemanden kennt, muss man den Operateur als Wahlarzt nehmen. Dann stellt man sich zwar hinten an, bleibt aber dort nicht lange. Bei der Qualität der Versorgung ist im stationären Bereich kein oder kaum ein Unterschied festzustellen –, wenn man einmal vom unterschiedlichen Zimmerkomfort absieht. Das ist im ambulanten Bereich anders: Wer sich als Zusatzversicherter oder gegen Bares bei Wahlarzt Martin Gruber am Knie operieren lässt, erhält „Maximalversorgung“, wie er selbst verspricht. Das kann das öffentliche Gesundheitssystem aus Kosten- und Kapazitätsgründen nicht leisten.

Schlimm: Mehr als jeder zehnte Befragte hat in Österreich im Gesundheitsbereich die Aufforderung zu einer informellen Geldzahlung erlebt, um sich Vorteile zu sichern. Österreich ist damit mit Abstand das korrupteste EU-Land im Gesundheitsbereich.

Es gibt aber auch Gutes zu vermelden: Unser Magazin ÖKZ, das 2024 auf einen Konsolidierungskurs geschickt wurde, wird im kommenden Jahr wieder sechs Mal erscheinen. Freuen Sie sich mit uns auf mehr Analysen und Service aus dem Bereich der Gesundheitswirtschaft.

Und beglückwünschen Sie mit mir unsere eHealth-Kolumnistin Michaela Endemann-Wright, die –, wie die Namensänderung verrät –, geheiratet hat. Herzlichen Glückwunsch!

JOSEF RUHALTINGER
ruha@businessnews.at



Foto © Kurt Keimrath

Frisurensymmetrie.

Zum Interview bei Martin Gruber im äußersten Eck des 8. Bezirks.

Die Unterscheidung zwischen redaktionellen Inhalten und Werbung ist unseren Leserinnen und Lesern und uns wichtig. Entgeltliche Einschaltungen sind im Sinne des § 26 Mediengesetz als solche gekennzeichnet, in anderer Schrift gesetzt, orange hinterlegt oder Teil von GESUNDHEITSWIRTSCHAFT.

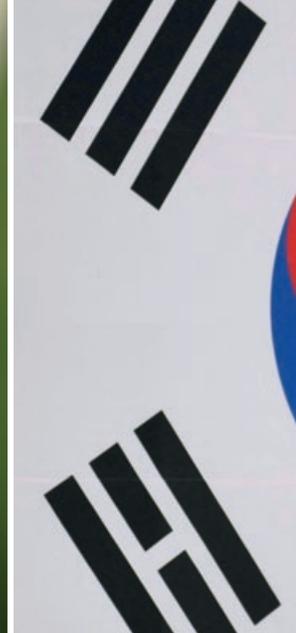


1018

Keine 5-Minuten-Medizin. Für den orthopädischen Chirurgen Martin Gruber war ein Kassenvertrag nie eine Option. Der geltende Honorarkatalog funktioniere nur über Menge: „Das geht in meinem Fach nicht.“



Besorgt. Wolfgang Bayer hat maßgeblich am öö. RSG 2025 mitgearbeitet. Dabei begegnet er immer wieder lang bekannten Problemen: „Wir müssen für Veränderungen mehr Risiko wagen.“



26

Inhalt

EXTRAS

- 03 Editorial**
- 09 Beruf + Karriere**
- 41 Einträge Bildung**
- 70 Indikationsliste Reha**
- 79 Einträge Reha**
- 81 Bekenntnisse eines Leidenden**
- 82 Events**

Fotos: KURT KEINRATH, Doris Meixner, LEE JIN-MAN / AFP / picturedesk.com, IMC Krenns, andresr / Getty Images / iStock

IMPRESSUM NACH § 24 MEDIENG:
Herausgeber, Medieninhaber und Verleger:
Springer-Verlag GmbH, Prinz-Eugen-Straße
8-10, 1040 Wien; T: +43(0)1/330 24 15-0,
F: +43(0)1/330 24 26, E: springer@springer.at,
Web: www.gesundheitswirtschaft.at.
Geschäftsführung: DI Alexander Barta, Joachim
Krieger, Juliane Ritt, Chefredakteur: Mag. Josef
Ruhaltinger, ruha@businessnews.at. Anzeigen:
Michaela Pfeffinger, michaela.pfeffinger@
springer.at. Druck: F&W Mediocenter GmbH,
Kienberg. Grafik: Ad-Ventures, Graz.
Weitere Informationen und Offenlegung nach
§ 25 MedienG: www.gesundheitswirtschaft.at
> „Impressum“, Datenschutzerklärung:
www.gesundheitswirtschaft.at/datenschutz-
erklaeuerung

06 KURZ + KNAPP

- Gmünd:** WHO zeichnet grenzüberschreitendes Ordinations-Projekt aus
- Burn out:** Ärztinnen stärker suizidgefährdet als Allgemeinheit
- Gleichenfeier:** Radiologie-Rohbau für LKH Graz ist fertig
- Info-Leak:** Standortpapier für NÖ-Kliniken schlägt Wellen
- VAMED:** Verkauf der Rehakliniken nur teilweise vollzogen
- Klinik Ottakring NEU:** Architektenwettbewerb abgeschlossen

08 IM BRENNPUNKT

Pflege der Zukunft. Buchautor Mike Kaiser erzählt, was ein Pflegeheim und eine Burgerbraterei gemeinsam haben.

10 TITELGESCHICHTE

Wegkreuzung. Ausufernde Wartezeiten zwingen immer mehr Bürger in die Ordination eines Wahlarztes oder einer Wahlärztin. Kann die Entwicklung zur Zwei-Klassen-Medizin gestoppt werden?

12 Interview I: Martin Gruber, Orthopäde mit Wahlordination

15 Interview II: Sebastian Huter, Hausarzt mit Kassenvertrag

18 GESUNDHEIT + POLITIK

Interview. Gesundheitsökonom Wolfgang Bayer hat in OÖ als Leiter der Expertenkommission die Spitalreform II vorangetrieben. Sein Fazit: Veränderung braucht mehr Risiko.

21 Gastkommentar I. eHealth-Professor Martin Sprenger zweifelt an der Wirksamkeit des kostspieligen Corona-Medikaments Paxlovid.

22 Fachbeitrag. Am Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried wurde ein KI-basiertes Prüfsystem implementiert. Damit verändern sich die Hygieneprozesse grundlegend.

24 Gastkommentar II. WU-Professor und Datenforscher Martin Halla fordert seit Jahren einen liberaleren Zugang für Forscher zu Gesundheitsdaten. Und nichts verändert sich.



Aufstand wegen Überfüllung. Der südkoreanische Präsident Yoon Suk-yeol will die Plätze an den MedUnis massiv ausbauen. Daraufhin haben 90 Prozent der Jungärzte in den Kliniken gekündigt.



Das Beste zum Runden. Die Fachhochschulen sind 30 geworden. Die akademische Ausbildung hat die Gesundheitsberufe in Österreich grundlegend verändert.



Passt noch. Österreich verfügt über eines der best-ausgebauten Nachsorge-Systeme der Welt. Personalmangel und wachsende medizinische Anforderungen drohen, das System zu überlasten.

INTERNATIONAL

- 25 Brocks Panorama.** Aktuelles aus der internationalen Welt der Gesundheitswirtschaft
- 26 Aufruhr in Südkorea.** Im Land der Morgenstille haben im heurigen Frühjahr 90 Prozent aller Jungärzte gekündigt – aus nicht alltäglichem Grund.

INNOVATION

- 29 eHealth.** Wie Datenschürfer die Patientenreise beschleunigen können
- 30 Vom Feinsten.** In Wien wurde ein neues Forschungsinstitut für KI und Biomedizin gegründet. Der Name ist so künstlich wie sperrig: Aithyra

MELDUNGEN AUS DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT

- 16 Österreichs Apotheken.** Je stärker die Rolle der Krankenhaus-Apotheken, desto sicherer ist die Arzneimittelversorgung.
- 33 Dedalus.** Integrierende IT verlangt nach Homogenisierung der Prozesse.

- 35 Österreichischer Gesundheitswirtschaftskongress.** Die Vorbereitungen für Nr. 15 laufen.
- 36 CANCOM.** Digitale Innovation ermöglicht individuellere Kundenservices.
- 57 Pensionsversicherung.** Die PV ist der größte Reha-Anbieter Österreichs.
- 62 Bad Vigaun.** Das Medizinische Zentrum setzt auf robotergestützte Reha.
- 68 pro mente Reha.** Sie helfen, wenn die Psyche krank ist.
- 77 Klinikum Austria.** Mit Empathie und Expertise – arbeiten in der Rehabilitation.

BILDUNG EXTRA

- 37 kurz + knapp**
- 38 Runder Geburtstag.** Vor 30 Jahren wurde in Österreich ein neues System der akademischen Ausbildung etabliert. FHS haben den Stellenwert der Gesundheitsberufe beflügelt.
- 48 Virtual Reality.** Oö. Pflegeeinrichtungen liefern Vorgaben, was VR-Werkzeuge in der Ausbildung können sollen.

- 50 Recruiting.** Gesundheitseinrichtungen setzen bei der Suche nach Pflegenachwuchs stark auf soziale Medien. Wichtig dabei: Der passende Content.

REHA EXTRA

- 53 kurz + knapp**
- 54 Zukunft.** Österreichs Reha-System zählt zu den leistungsfähigsten der Welt. Aber immer mehr Risikofaktoren schmälern die Kapazitäten.
- 60 Interview.** Christian Köck, Gesundheitsökonom und Geschäftsführer eines Reha-Anbieters, über die „fast einmalige“ Kosteneffizienz des Reha-Konzepts.
- 64 Gesicherte Obhut.** Der seit dem Vorjahr bestehende Anspruch auf familienbegleitete Kinderreha verändert alles.
- 74 Angekommen.** Digitale Reha-Angebote sickern langsam in den österreichischen Patientenalltag. Die SVS forciert ein Pilotprojekt.
- 78 Expertise.** Birgit Graf, Forscherin am Fraunhofer IPA-Institut in Stuttgart, skizziert die Zukunft von Service-Robotern in Gesundheitseinrichtungen.



Foto: © AHA - Austrian Healthcare Architects

Architektenwettbewerb für neue Klinik Ottakring abgeschlossen

Der WIGev will bis 2040 die Klinik Ottakring mit moderner Architektur bei laufendem Betrieb neu errichten. Mitte Oktober hat Gesundheitsstadtrat Peter Hacker das Siegerprojekt des EU-weiten, zweistufigen Architekturwettbewerbs bekannt gegeben: AHA – Austrian Healthcare Architects Wien wurde von einer 12-köpfigen Fachjury unter Vorsitz des Schweizer Architekten Daniele Marques aus 28 eingereichten Projekten prämiert. Der Entwurf sieht ein Zentralgebäude vor, das alle medizinischen Abteilungen mit den Ambulanzen, die Zentrale Notaufnahme, die Erstversorgungsambulanz und die OPs beherbergen wird. Darüber befinden sich die Bettenstationen mit vorgelagerten Dachterrassen. AHA – Austrian Healthcare Architects wurde als Generalplaner beauftragt. Baustart für den Klinikneubau ist 2026; das Bauprojekt wird bis 2040 in mehreren Etappen auf dem jetzigen Klinikgelände umgesetzt.



Foto: © momclog / Getty Images / iStock

Ärztinnen stärker suizidgefährdet als Allgemeinheit

Das Selbstmordrisiko für Frauen ist im Arztberuf im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung immer noch deutlich höher, so das Ergebnis einer Meta-Analyse an der MedUni Wien. Betrachtet man die gesamte Ärzteschaft, so sind die Suizidraten im Laufe der Zeit aber zurückgegangen. Das Forschungsteam der MedUni Wien hat die Ergebnisse von 39 Studien aus 20 Ländern untersucht, die zwischen 1960 und 2024 veröffentlicht wurden und die Suizidraten unter Ärzten und Ärztinnen mit denen der Allgemeinbevölkerung verglichen. Dabei zeigte sich, dass das Suizidrisiko bei Ärztinnen deutlich höher (76%) war als in der Allgemeinbevölkerung. Bei männlichen Ärzten besteht im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung kein erhöhtes Risiko.



Foto: © MOSE ARCHITECTS / Zoom VP

Radiologie-Rohbau für LKH Graz ist fertig

Ende September wurde in Graz die Gleichfeier für den Neubau der Universitätsklinik für Radiologie gefeiert. Das Gebäude umfasst 877 Räume in zwei, teils unterirdischen Hauptbauteilen. Im Bauteil eins sind die Allgemeine Radiologische Diagnostik inklusive Brustgesundheitszentrum, konventioneller Röntgen- und US-Diagnostik sowie MRT- und CT-Geräte untergebracht, weiters die Angiographieanlagen für die Neuroradiologie, vaskuläre und interventionelle Radiologie, das Preclinical Imaging, administrative Bereiche und eine Seminarzone mit Hörsaal. Im zweiten Gebäudeteil befindet sich die Nuklearmedizin mit den SPECT/CT- und PET/CT-Geräten sowie die neue Hochdosistherapie-Bettenstation, Speziallabore (Radiopharmazie-Labor, RIA-Labor) und das Zyklotron zur Herstellung individueller Radiopharmaka. Die Fertigstellung des Bauprojektes ist für Anfang 2026 geplant.



Foto: © LKH Hollabrunn

Standortpapier für NÖ-Kliniken schlägt Wellen

Für großes mediales Aufsehen sorgte im Oktober eine Arbeitsunterlage der Landesgesundheitsagentur (LGA) Niederösterreich. Darin wird unter anderem die Schließung von vier der 27 Spitalsstandorte in Niederösterreich vorgeschlagen. Das Konzept listet die Auflassung der Kliniken Hollabrunn, Korneuburg und Stockerau (Bezirk Korneuburg) auf. Diese Standorte sollen in einem neuen Krankenhaus Weinviertel Süd-West zusammengelegt werden. Gesundheitsökonomin Maria Hofmarcher-Holzhaecker erklärte in einem „Presse“-Interview die Zusammenhänge: „Nach ihrer Lesart“ käme anstelle der aufgelösten Klein-Kliniken ein modernes Haus mit „mehr als 300 Betten der erweiterten Versorgung“. Auf Ebene der Basis- und Akutversorgung bräuchte es allerdings zwingend Alternativen zu den zugesperrten Häusern, „was in diesem Papier berücksichtigt zu sein scheint“. Der NÖ Gesundheitspakt soll im ersten Quartal 2025 fixiert werden.



Foto: © VAMED

Verkauf der VAMED-Rehakliniken nur teilweise vollzogen

Der Verkauf der VAMED-Rehabilitationskliniken an das französische Private-Equity-Unternehmen PAI ist seit 1. Oktober abgeschlossen. Die VAMED AG hat den Abschluss des Geschäfts bestätigt, wobei 70 Prozent an PAI gehen und 30 Prozent bei der deutschen Fresenius verbleiben. Von den 21 VAMED-Standorten in Österreich, die in der Auslage standen, werden sieben vorerst doch nicht verkauft. An allen ausgenommenen Einrichtungen ist die öffentliche Hand beteiligt. Neben der Kinder-Reha St. Veit im Pongau und dem Anton-Proksch-Institut in Wien werden auch die Standorte Kapfenberg, Gmundnerberg, Enns sowie Eggenburg und die dazugehörige Rehaklinik in Gars am Kamp nicht verkauft.



Foto: © Healthacross MED Gmünd

Healthacross MED Gmünd mit zweitem WHO-Bericht ausgezeichnet

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat über das grenzüberschreitende Ordinations-Projekt Healthacross MED Gmünd im September einen zweiten Bericht veröffentlicht, der die Gesundheitseinrichtung als Leuchtturm-Projekt auf großer Bühne präsentiert. Das Gesundheitszentrum Healthacross MED Gmünd, in dem seit 2021 sowohl die tschechischen als auch die österreichischen Patientinnen und Patienten behandelt werden, wurde im Rahmen eines INTERREG-Projektes geplant. Die Errichtung konnte über das österreichische Programm zur ländlichen Entwicklung zur Gänze finanziert werden.

Zuverlässig.
Sauber.
Stangl.

anti-bac
THE FINE SAUBERE CHANCE!

stangl.at

Stangl
REIN AUS PRINZIP

Zur Person: Mike Kaiser ist Unternehmer und Autor von „Das Pflegeheim der Zukunft – Was die Pflegebranche von McDonald's, Tesla und Buurtzorg lernen kann“. Im Jahr 2004 eröffnete er zusammen mit einer Co-Gründerin ein Pflegeheim mit 123 Betten. 2009 baute er einen Burger-King-Franchise-Betrieb auf. Heute ist er Berater sowie Geschäftsführer der LUCI GmbH, eine digitale Kommunikations-Plattform für Unternehmen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft.



Foto: © pflegeheimderzukunft.de

„Jede Interaktion zwischen Menschen ist wertschöpfend“

Herr Kaiser, Sie haben selbst ein Pflegeheim gegründet und geführt, um danach ein Fast-Food-Restaurant im Franchise zu eröffnen. Waren die Gründungen so beliebig, wie es sich anhört?

Mike Kaiser: Die Ausgangspositionen waren sehr verschieden. Ich war mit meiner Co-Gründerin als Berater für eine Kommune tätig, die ein Pflegeheim errichten wollte und dabei auf größere Probleme gestoßen ist. Nachdem wir einige Dinge geraderückt hatten, meinte der Bürgermeister, wir sollten das Haus in Eigenregie auch gleich betreiben. Und so kamen wir zu dem Pflegeheim fast wie die Jungfrau zum Kind. Ich war dann fünf Jahre an Bord. Der Einstieg in das Restaurant hatte in erster Linie familiäre Gründe. Es galt, den Betrieb meiner Schwiegereltern zukunftsfit zu machen.

Was kann das Pflegesystem von einem Restaurant lernen?

Eine ganze Menge. Ich finde es bis heute faszinierend, dass in Franchise-Betrieben praktisch alle Prozesse chirurgisch minutiös durchorganisiert sind. Da ist jeder Arbeitsschritt komplett auf links gedreht, egal ob McDonald's oder Burger King. Jeder Prozess ist unter Einbindung modernster Technologie optimiert und jeder dieser Schritte ist eng mit dem nächsten verzahnt. Die Produktivitätssteigerungen sind enorm.

Ein Pflegeheim ist keine Burgerbraterei ...

Das Optimieren von Abläufen ist da wie dort das gleiche Ziel. Wichtig ist in der Pflege, zwischen Prozessen zu unter-

scheiden, die wertschöpfend sind und Prozessen, die der – ich nenne es mal – Systemerhaltung dienen und nicht wertschöpfend sind.

Was ist ein wertschöpfender Prozess in der Pflege?

Jede Interaktion zwischen Menschen ist im Bereich der Pflege wertschöpfend. Und dabei meine ich vor allem Tätigkeiten mit und für den Patienten. Die Unterscheidung ist wichtig, weil der Optimierungsanspruch in erster Linie für jene Prozesse gilt, die nicht wertschöpfend sind: Damit sind Abläufe gemeint, die im Hintergrund funktionieren, um die Dinge am Laufen zu halten. In genau diese Bereiche müssen wir nach den Grundsätzen der maximalen Automatisierung und Digitalisierung radikal eingreifen, um die Freiräume für die wertschöpfenden Prozesse zu vergrößern. Wir müssen die wenigen Mitarbeitenden, die wir haben, befähigen, am Ende mehr persönliche Zeit mit den Klienten zu verbringen.

Es heißt immer, wir müssen den Beruf der Pflegenden attraktiver und verlässlicher gestalten. Die Forderung kommt in Ihrem Buch nicht vor.

Ich bin völlig bei Ihnen, dass man in dieser Richtung viel verbessern muss. Diese Erkenntnis ist aber mittlerweile überall gewonnen. Da braucht es mich nicht als 51. Person von links, die die gleiche Fahne schwingt. Mir ist wichtig, Stellen aufzu-

zeigen, wo bislang noch nicht hingeschaut wurde. Ja, wir müssen den Beruf attraktiver und interessanter machen. Aber wenn wir nicht gleichzeitig auch das andere tun, dann nutzt uns alles nichts.

Welchen Stellenwert haben Innovation und Technologie in diesem Optimierungskonzept?

Es gibt viele, die meinen, der abstrakte Begriff der Digitalisierung werde alle Probleme lösen. Motto: Wir kaufen uns ein Tool und alles ist gut. Aber in vielen Fällen wird nicht verstanden, dass ein digitales Werkzeug nur dann zielführend funktioniert, wenn die Prozesse im Haus darauf abgestimmt sind. Ich muss Dinge anpassen, um digitalisierte Abläufe anstoßen zu können. Und gleichzeitig gilt es, in der Klinik oder im Pflegeheim ein gewisses Mindset zu schaffen, um technische Innovation nutzbringend einzusetzen. Wenn die Menschen nicht mitgehen, dann kann ich den Einsatz der digitalen Tools vergessen. Und das können wir von den Burgerbratern lernen: Wenn wir die richtigen Faktoren miteinander vernetzen – in meinem Buch steht, welche ich meine – und die Prozesse effizient gestalten, dann bin ich felsenfest davon überzeugt, dass wir in der Pflege gigantische Fortschritte machen können. (ruh) //



Foto: © pflegeheimderzukunft.de

Freier Download.

Das eBook „Das Pflegeheim der Zukunft“ ist kostenlos auf pflegeheimderzukunft.de abrufbar.

Köpfe und Titel

Beförderungen und Auszeichnungen in der österreichischen Gesundheitswirtschaft

Amgen Österreich-Geschäftsführer **GEORGE TOUSIMIS** wurde zum neuen FOPI-Vizepräsidenten in Österreich ernannt.



Mag.^a **STEFANIE WIMMER** ist neue Vorsitzende der Gesundheitsgewerkschaft in Oberösterreich.



DDr. **NAWRAS AL-TAIE**, MSc, übernahm mit 1. Oktober 2024 die Leitung der Notfallaufnahme im Universitätsklinikum Neunkirchen.

Mag.^a **RENÉE GALLO-DANIEL** ist neue Aufsichtsratsvorsitzende der Pfizer Manufacturing GmbH.



Dr.ⁱⁿ **JUDITH SAUTNER** ist seit 1. Juli neue Primaria am LK Korneuburg-Stockerau.



GERHARD STIMAC ist neuer Sprecher der „Plattform für Digitale Gesundheit“.

Univ.-Prof PD Dr. **JÖRG LINDENMANN** wurde zum Professor für Thoraxchirurgie an der MedUni Graz berufen.



NICOLE SCHLAUTMANN wird neue Geschäftsführerin bei MSD Österreich.



Prof. **CHRISTOPH SCHULZE** ist neuer Vorstand für Physikalische Medizin und Rehabilitation am Uniklinikum Salzburg.

Priv.-Doz.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ **ANNA MARIA DIEPLINGER** übernimmt die Geschäftsführung der Landespflege- und Betreuungszentren GmbH (OÖ Gesundheitsholding).



Dr. **PETER PIRINGER** übernimmt am 1. Jänner 2025 die Leitung der Abteilung für Innere Medizin am Klinikum Freistadt.



Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. **JOANNIS PANOTOPOULOS** wird mit 1. Jänner 2025 Primarius der Orthopädie am Salzammergut Klinikum Gmunden.

Fotos: FOPI, Pfizer Austria / Chris Saupper, Karl Schrotter Photograph, ÖÖG (3x), LGA NÖ, privat, UK Neunkirchen, FEEL, SALK, Richard Schuster



Ein X für ein O. Martin Gruber repariert in seinem Wahlarztzentrum Sportlerknie und Beinehlstellungen. Eine Kassenordination war für ihn nie eine Option: „Das funktioniert nur mit Masse.“

Kasse oder Karte

Ausufernde Wartezeiten liefern den Anshub für eine Zwei-Klassen-Medizin. Sehr viele neue Ärztinnen und Ärzte sollen das Vertrauen in das solidarische Gesundheitssystem bei den Beitragszahlern reparieren. Die ÖGK will dafür sogar ihre Kassenverträge flexibel machen.

Von Josef Ruhaltinger

Die Unterscheidung zwischen reich und arm greift viel zu kurz, wenn es um eine Analyse des heimischen Gesundheitssystems geht. Dafür braucht es zusätzlich den feinen Jammer einer beliebigen Figur aus der „Tante Jolesch“ und die feste ostösterreichische Überzeugung, dass „a bisserl was immer geht“. Österreicherisches Einfühlungsvermögen eben, wie Robert Mischak überzeugt ist. Denn der Grazer FH-Professor, Leiter des Studiengangs „eHealth“ und Departmentvorsitzender für Angewandte Informatik am FH Joanneum Graz, entdeckt in der heimischen Gesundheitsversorgung gar ein „Vier-Klassen-System“ – ganz ohne Ironie: Die erste Klasse beschreibe den herkömmlichen eCard-Patienten, die zweite Klasse gehöre dem Sonderklassen- und selbstzahlenden Wahlarztgänger, die dritte Klasse setze sich aus Insidern der verschiedenen Gesundheitsdienste zusammen und die vierte und letzte Klasse werde durch jene definiert, „die jemanden kennen“. Mischak garniert die Erzählung dann auch mit einem Erlebnis, als er einen losen Zahn binnen eines Tages wieder fest sein Eigen nennen konnte – „weil ich zu einem Wahlarzt gegangen bin“.

Schneller, geduldiger, empathischer – die 11.000 Wahlarzte Österreicher sind zum Symbol einer Entwicklung geworden, die spätestens seit der Pandemie den Niedergang des Beitragszahlerkonzepts prophezeit. Die Leistungen des solidarischen Gesundheitssystems entsprechen nicht mehr den Erwartungen seiner Bürger. Kritiker mit weniger feinfühler Analyse als Robert Mischak zählen nicht bis vier, sondern begnügen sich mit dem Vorwurf des Zwei-Klassen-Systems: Wer der Fünf-Minuten-Medizin des Kassenarztes und den überlangen Wartezeiten von drei Monaten und mehr bei bestimmten Fachrichtungen entgehen will, sucht sich einen Wahlarzt. Gegen einen Obolus von 150 bis 240 Euro für eine Erstordination gibt es binnen einer Woche einen Termin, man darf mindestens 30 Minuten mit dem behandelnden Arzt oder der Ärztin verbringen und –, wenn Herr oder Frau Doktor ihr Geschäft ernsthaft betreiben –, erhält eine Handynummer, die man bei auftretenden Beschwerden oder Komplikationen laut Arzt jederzeit benutzen darf.

Strenge Richter

Jeder sollte eine (meist) Hausärztin haben, die freundlich und entspannt plaudert, obwohl nur 30 Euro auf ihr Konto wandern werden. Es gibt viele. Dennoch sind es die Erfahrungen mit der hastigen Kassenmedizin, die die Wahrnehmung des heimischen Gesundheitssystems bestimmen. Arzt und Ärztin verhalten sich, als ob sie keine Zeit hätten und der Patient verlässt die Ordination mit diffusum Gefühl. Thomas Czypionka verzieht leicht die Miene, wenn man ihn nach der Zwei-Klassen-Medizin fragt: „Was ist das?“ Der Gesundheitsökonom des IHS sieht die Maß-

stäbe verschoben: „Es gibt Unterschiede in der Versorgung und in den Chancen auf Gesundheit.“ Absolute Gleichheit in der Patientenversorgung finde er in keinem System. Aber: „In Österreich sind die Unterschiede noch relativ gering ausgeprägt.“ Eine aktuelle Studie in Zusammenarbeit mit der WHO bestätigt: Österreich steht im europäischen Vergleich gut da, aber nicht an der Spitze. Die gleiche Untersuchung habe aber auch gezeigt: „Wir verzeichnen eine Verschlechterung der Situation.“ Der Anteil der Privatausgaben am gesamten Gesundheitskuchen steigt leicht von 21,8 Prozent im Pandemiejahr 2021 auf 22,9 Prozent im Jahr 2023. Und es wäre nur die halbe Geschichte erzählt, wenn nicht darauf hingewiesen würde, dass 2010 oder 2015 die privaten Ausgaben für Medikamente, Zusatzversicherungen oder Wahlärzte mehr als 25 Prozent des gesamten Gesundheitskuchens ausmachten. Zahlen lügen nicht. Aber sie können verwirren.

Andreas Huss ist bekannt dafür, dass er für das Kassensystem durchs Feuer geht. Das muss er schon von Berufs wegen: Als Vorsitzender des Dachverbands der Sozialversicherung und ÖGK-Obmann ist er Inkarnation und erster Verfechter des solidarischen Gedankens. Als solcher steht für ihn außer Streit: Die Qualität des österreichischen Gesundheitssystems „im Akutsystem, im Spitalsystem, aber auch in der Niederlassung ist nach wie vor im internationalen Vergleich eine sehr, sehr gute“. Aber selbst er kommt nicht umhin zuzugeben, dass es mit den „Wartezeiten bislang schwierig wird“. Es sei in manchen Regionen und in manchen Fächern nicht möglich, „einen Arzttermin in vertretbarer Zeit zu erhalten“. Gleiches habe sich bei den elektiven Eingriffen in den Kliniken entwickelt. Die Gründe sind für ihn eindeutig: „Wir haben ein Personalproblem.“ Ein Mangel an Ärzten und – schwerwiegender – bei den Pflegenden lässt in Kliniken und Ordinationen teure Infrastruktur brach liegen. Dass der Vorwurf der Zwei-Klassen-Medizin am lautesten aus dem ambulanten Bereich zu vernehmen ist, hat für Huss vor allem mit dem gestiegenen Zuspruch zu tun. Tatsächlich sind die Leistungen des stationären Bereichs in den letzten zehn Jahren um ein Viertel zurückgegangen. Die Entwicklung ist erwünscht: Sie entlastet Stationen, die Bettenzahl reduziert sich von selbst. Auch die Besuche in den Spitalsambulanzen haben sich in den letzten Jahren leicht verringert. „Was explodiert ist, ist die Inanspruchnahme der niedergelassenen Versorgung“, erklärt der ÖGK-Obmann. Die stark wachsende Bevölkerung mit immer höherem Pensionsistenanteil sowie eine zunehmende Versorgungserwartung lassen die Wartezimmer von Österreichs Ordinationen überquellen. Dem steht zwar eine wachsende Zahl an Ärztinnen und Ärzten gegenüber, aber ein stagnierender Stellenplan mit einer nur leicht zunehmenden Versorgungsleistung. Das System vermag den Ansturm nicht zu bewältigen. Die Anzahl der Kassenstellen hat in den letzten Jahren leicht abgenommen. Da aber die mittlerweile

Der Wahlarzt

„Das Kassensystem ist nur über die Masse lukrativ“

Herr Dr. Gruber, Sie sind Inhaber eines auf Sportorthopädie spezialisierten Medizinzen- trums in Wien, das sich als Wahlordination auf chirurgische Sportorthopädie speziali- siert hat. Zusätzlich sind Sie als ehemaliger OSV-Teamarzt seit 2021 medizinischer Leiter des Leistungssportzentrums in der Südstadt. Rückblickend: Gab es im Laufe Ihrer Aus- bildung und späteren Karriere Momente, in denen Sie die Eröffnung einer Kassenordina- tion für Orthopädie geplant haben?

Martin Gruber: Ganz ehrlich: Nein. Ich war nach meiner Ausbildung am AKH Wien in den Nuller-Jahren Oberarzt in Krems und habe 2009 parallel dazu eine Wahlordina- tion für Sportorthopädie in Hainfeld eröff- net. 2011 habe ich das Projekt Alsterstraße begonnen, das heute eine bewirtschaftete Ordinationsfläche von mehr als 500 Quadratmetern hat. Seit 2014 bin ich be- ruflich nur noch als Wahlarzt tätig. Mei- ne Grundidee für das Medizinzentrum Alsterstraße war immer, einen One-Stop- Shop für meine Patienten anzubieten. Ich will die optimale Versorgung für Knie- oder Hüftpatienten aus einer Hand an- bieten, ohne den Patienten wegschicken zu müssen.

Ihre Patienten verfügen über Zusatz- versicherungen oder bezahlen aus der eige- nen Schatulle. Ihr Medizinzentrum ist gut ausgelastet, wie Sie sagen. Bedeutet dies im Umkehrschluss, dass das Angebot des soli- darischen Gesundheitssystems nicht gut genug ist?

Ich glaube nicht, dass das, was ich mache, von einem staatlich-solidarischen Sys- tem zwingend abgedeckt werden muss. Meine angebotenen Leistungen orientie-

ren sich an einem Maximallevel und ge- hen weit über ein durchschnittlich gutes Versorgungsniveau hinaus. Für den Heil- anspruch, dem ich in dem eng definier- ten Indikationsbereich der chirurgischen Orthopädie gerecht werden will, sind im öffentlichen System nicht genügend Res- sourcen vorhanden.

Ist dies nicht genau das die Definition der Zwei-Klassen-Medizin? Die einen bekommen etwas Besseres gegen Geld als die anderen?

Ich denke, hier muss zwischen den Be- handlungszielen differenziert werden. Will mein Patient nach einer gewissen Zeit schmerzfrei und weitgehend unbe- einträchtigt seinem Büroalltag nachgehen und daneben noch Freizeitsport betrei- ben? Das kann das solidarische System leisten. Oder habe ich es mit Menschen zu tun, die innerhalb eines gewissen Zeitrah- mens in den Berufsalltag integriert wer- den sollen oder müssen. Leistungssportler sind eine typische Zielgruppe – aber auch andere Patienten, die rasche und voll- umfängliche Genesung aus bestimmten Gründen verlangen. Wir reden von Maxi- malversorgung, die wir anstreben.

Ich möchte meine Eingangsfrage wieder- holen: Warum kam für Sie eine Ordination mit Kassenvertrag nie in Frage?

Für mich war immer klar, dass mich die chirurgische Seite meines Faches am meisten interessiert. Dafür muss ich mit meinem Patienten im Vorfeld viel reden. Das letzte Mal, als ich aktiv herausfin- den wollte, was die Kasse für ein Anam- nesegespräch bezahlt, waren es 6,17 Euro. Selbst wenn es heute doppelt so viel wäre:

„Wenn ich für ein halbstündiges Anamnesegespräch nur 15 Euro umsetze, fahre ich meine Ordination wirtschaftlich gegen die Wand.“



Foto: © KEINRATH.COM

Wenn ich in einer halben Stunde nur 15 Euro umsetze, fahre ich meine Ordina- tion wirtschaftlich gegen die Wand. Ich will nicht falsch verstanden werden: Das Kassenvertragssystem ist etwas, das im Generellen immer noch gut funktioniert. Letztendlich ist es aber nur über die Mas- se lukrativ. Objektiv funktioniert das in meinem Fach nicht. Und subjektiv will ich das nicht.

Aus der ÖGK kommt der Vorschlag, Jung- mediziner im Austausch für die langjährige und teure Ausbildung für ein paar Jahre zum Dienst im Kassensystem zu verpflichten. Was halten Sie davon?

Ich denke, dass das den meisten Kollegin- nen und Kollegen zuwider ist. Man wird Arzt oder Ärztin, weil man eigene Ent- scheidungen fällen will. Jede Rahmen- bedingung, die einen Mediziner in ein Zwangsverhältnis bringt, wird eine Ab- wehrreaktion auslösen. Ich glaube, dass man sich viel mehr Gedanken drüber ma- chen sollte, wie man dieses System wieder so interessant macht, dass jemand freiwil- lig sagt: „Ja, das mache ich.“ Eine Zwangs- verpflichtung wird den Beruf eher nicht attraktiver machen.

Der Wiener Gesundheitsstadtrat Peter Hacker will es Klinikärzten des WIGEV un- möglich machen, neben einer Teilzeitan- stellung im Spital noch eine Wahlordination zu betreiben. Ihm geht es darum, die Ärzte dazu zu bringen, Vollzeit im Krankenhaus zu arbeiten. Ihre Sicht?

Ich verstehe ihn. Es ist seine Aufgabe, das öffentliche System am Laufen zu halten. Aber die Perspektive der Mediziner ist eine andere. Das Gehalt eines Oberarztes sollte reichen, um ein Haus zu bauen, eine



Zur Person: Der gebürtige Lilienfelder Dr. Martin Gruber (56) betreibt seit 2011 das Medizinzentrum Alserstraße – MZA, ein integratives Zentrum für Sportorthopädie. Die Fachausbildung absolvierte Gruber an der Universitätsklinik für Orthopädie am AKH Wien. Bis 2014 war er Oberarzt am LKH Krems und ordiniert seither ausschließlich als Wahlarzt. Gruber war von 2005 bis 2019 Teamarzt des ÖSV, ist ärztlicher Leiter des Bundesinstitutes für Leistungssport in der Südstadt sowie bei den Vienna Beach Masters.

Familie zu ernähren, alle paar Jahre ein neues Auto anzuschaffen und zweimal im Jahr auf Urlaub zu fahren. Das geht sich heute nicht mehr aus.

Jetzt untertreiben Sie ...

Nein, das tue ich nicht. Der aktuelle Drang in die Wahlarztpraxis hat bei den Klinikärzten viel zu tun mit dem Ärztezeitgesetz, das vor rund zehn Jahren gekommen ist. Ich habe in meiner Ausbildung und später als Oberarzt 80 und 100 Stunden in der Woche gearbeitet. Ich habe mich nie beschwert, weil ich und meine Kollegen auf gutes Geld gekommen sind. Durch Arbeitszeitregelungen für SpitalsärztInnen wurde nicht nur die Arbeitszeit pro Person begrenzt, sondern auch das Gehalt deutlich gesenkt. Viele bessern jetzt in der gewonnenen Freizeit ihre finanzielle Basis auf. Ich bin der Ansicht, dass der Beruf des Spitalsarztes so gut entlohnt werden muss, dass eine Wahlarztstätigkeit sich erübrigt.

Ab 1.1. 2025 soll die Diagnosecodierung auch für Wahlärzte verpflichtend werden. Wie werden Sie damit im Haus umgehen?

Alles, was die Versorgungssicherheit und die Versorgungsqualität für den Patienten verbessert, ist zu befürworten. Wir werden das zugunsten einer höheren Gesundheitstransparenz umsetzen –, auch wenn es ein administrativer Mehraufwand ist. Womit ich gar nichts anfangen kann, ist die Verpflichtung, als Wahlarzt die Patientenrechnung auch elektronisch bei der Krankenkasse einreichen zu müssen. Ich frage: Wozu? Wer gewinnt dadurch? Ich sehe keine Verbesserung der Behandlungssicherheit und keinen Fortschritt der Behandlungsqualität. Und meinen Patienten ist es egal. Das ist nur Pflanz.

75 PVE mit mindestens drei Ärztinnen und Ärzten statistisch mit nur je einem Kassenvertrag zu Buche schlagen, ergeben sich frische Kapazitäten –, die aber nicht ausreichen, um den gesamten Bevölkerungszuwachs aufzufangen. Daher will Huss bis 2030 österreichweit 300 Primärversorgungszentren am Start sehen sowie 800 zusätzliche Kassenärzte ins öffentliche System holen. Die von ihm geschätzte eine Milliarde Euro, die diese Expansion plus ein noch zu verhandelnder bundeseinheitlicher Leistungskatalog kosten werden, möge der Staat durch Anhebung der Sozialversicherungsbeiträge der Pensionisten mobilisieren, so Huss.

Flexible Verträge für alle

Die Skepsis ist unüberhörbar, die aus dem fernen Tirol durch das Telefon schwappt. Edgar Wutscher hat seine Zweifel, ob sich der gegenwärtige Ärztemangel in nichts auflöst. „Es sind noch nicht einmal die 100 Stellen besetzt, die im Vorjahr ausgelobt wurden“, erinnert sich der Kurienobmann der niedergelassenen Ärzte und Vizepräsident der Ärztekammer. Für den emeritierten Söldener Gemeindearzt ist es wenig überraschend, dass das Angebot eines Kassenvertrages für die jungen Kolleginnen und Kollegen nur mäßig reizvoll ist. Zu wenig Flexibilität, zu geringes Honorar und zu viel Bürokratie legt Wutscher die Dauerkritikpunkte erneut auf den Tisch. „Wir brauchen anpassungsfähige Formen der Zusammenarbeit.“ Die Mehrheit der jungen Ärzteschaft sei weiblich. „Das verlangt im niedergelassenen Bereich nach Kooperationsformen, die familientauglich sind“, so der Kurienobmann.

Tatsächlich zeigen sich ÖGK-Vertreter trotz der Personalnot immer wieder erstaunlich hartleibig, wie einzelne Fälle zeigen. Eine junge Salzburger Augenärztin wollte aus der Klinik in den niedergelassenen Bereich wechseln. Um das Startrisiko klein zu halten, fragte sie bei der ÖGK um einen Kassenvertrag mit Teilzeitklausel an. Sie wollte den halben Klinikjob für eine gewisse Zeit zur wirtschaftlichen Absicherung behalten. Die Kasse sagte ab. Daraufhin eröffnete die Ophthalmologin eine Wahlarztpraxis, die sofort gut lief. Als nach einem halben Jahr die ÖGK anklopfte, um einen Vertrag nach den Bedingungen der Ärztin anzubieten, holte sie sich eine Abfuhr. Hauptargument: Sie hasse die 5-Minuten-Medizin.

Für Martin Gruber sind die Beweggründe der Kollegin nachvollziehbar. Der orthopädische Chirurg und Sportmediziner betreibt ein ganzes medizinisches Zentrum mit 500 m² Ordinationsfläche. Seine Spitalsanstellung als Oberarzt im LKH Krems hatte er 2014 gekündigt. Ein Kassenvertrag war für Gruber nie eine Option: „Das öffentliche Honorarsystem funktioniert wirtschaftlich nur in der Masse.“ Die Patientenkommunikation vor und nach einer Knie- oder Hüftoperation sei viel zu langwierig, um mit 15 Euro als Anamnesegespräch abgegolten zu werden: „Da fahre ich mit meiner Ordination wirtschaftlich gegen die Wand.“

Aus Sicht der Kassen ist der Vorwurf der Massenabfertigung leicht zu ertragen. Ihnen ist es lieber, ein Arzt behandelt in der Stunde fünf Patienten als zwei. Die Vertreter des solidarischen Versicherungssystems denken in Versorgungsleistungen: Wie viele Beitragszahler können betreut werden? Versorgungsqualität wie sie Ärztinnen und Ärzte gerne verstehen, ist den Kassen unter dem Blickwinkel von Gesundheit für alle nicht egal, aber zweitrangig. Geld ist dabei wichtig, kein niedergelassener Arzt mit Kassenvertrag geht in Österreich am Bettelstab. Andreas Huss hat das IHS erheben lassen, was ein Allgemeinmediziner in einer Einzelpaxis durchschnittlich erwirtschaftet: Laut Auftragsstunde bleiben nach Kosten und Abgaben, aber vor Steuern 220.000

Euro übrig. Das komme hin, meint ein befragter Steuerberater mit Einblick in hunderte Einkommenssteuererklärungen von Medizinern. Seine Benchmark-Berechnungen sprechen bei einer Allgemeinmediziner-Praxis im Mittel von 500.000 Euro Umsatz und einem Kostensatz zwischen 50 und 60 Prozent – genug, um ein gediegenes mittelständisches Familienleben zu führen.

Abwandernde Vertragsärzte und zunehmende Personalnöte setzen die ÖGK unter Druck. Wenn Kurien-Obmann Wutscher von unflexiblen Verträgen spricht, dann antwortet Andreas Huss mit einer wahren Charmeoffensive: „Wir suchen mit den Bundesländern das Gespräch, damit sie ihren Klinikärzten gestatten, in Teilzeit in einer Kassenpraxis mitzuarbeiten.“ Die Spitalsärzte haben dabei nach den Worten des ÖGK-Obmanns die Wahl, einen 25-Stunden-Kassenvertrag anzunehmen oder sich in einer Kassenpraxis anstellen zu lassen. Selbst Jobsharingpraxen, Gruppen- bzw. Teilgruppenpraxen kommen infrage. „Mir ist lieber, ein Arzt arbeitet ein paar Stunden in einer Kassenpraxis, als er eröffnet eine Wahlarztordination und geht für das öffentliche Niederelassenen-System ganz verloren.“

Informelle Zahlungen

Die „Zwei-Klassen-Wartezeiten“ (O-Ton Andreas Huss) ufern auch in den stationären Bereich aus. Bei den aufschiebbaren OPs bauen sich seit der Pandemie sukzessive Wartezeiten auf. Fehlendes Personal lasse viele OP-Kapazitäten ungenutzt, klagten Klinikmanager. Ein Rundblick auf die im Internet veröffentlichten Fristen fordert von den betroffenen Patienten echten Langmut: Die Orthopädie-Spezialisten in Speising hatten mit Stichtag 20. August nahezu 2.400 Patienten und Patientinnen auf der Warteliste für eine Knie-Operation, auf die sie durchschnittlich 28 Wochen warten müssen. Im Burgenland sind in der Klinik Güssing 368 Patienten vorgemerkt, die nahezu elf Monate auf ihre Knie-OP hoffen. In den niederösterreichischen LK wie Scheibbs oder Neunkirchen dauert es zur Knie-OP fast ein Jahr.

Das Problem der OP-Wartezeiten provoziert Ungleichheiten. Thomas Cypionka und Kollegen untersuchten, wie gleichberechtigt der Zugang zur knappen Ressource „Operationsteam“ in Österreichs Kliniken gestaltet wird. Das Studienergebnis beschreibt nur das Offensichtliche: Patienten mit geringeren wirtschaftlichen Mitteln und gesetzlicher Krankenversicherung warten länger auf ihren Termin als Patienten mit einer (zusätzlichen) privaten Krankenversicherung. Explosiver ist ein weiteres Studienergebnis: „Österreich ist in der EU bei der Verbreitung informeller Zahlungen im Gesundheitssystem führend“, schreiben die Studienautoren.

Unter informellen Zahlungen verstehen sie nichts anderes als eine bevorzugte Behandlung gegen Cash. Hintergrund: Eine Umfrage aus dem Jahr 2019 zum Thema Korruption im Gesundheitswesen zeigt, dass in der Europäischen Union durchschnittlich 3,8 Prozent der Patienten mit dem Thema der informellen Zahlungen an Ärzte oder andere einflussreiche Dienstleister in Berührung gekommen sind. In Schweden machten genau 0,0 Prozent der Patienten diese Erfahrung. In Österreich gaben 11 Prozent – mehr als jeder zehnte – an, ein Angebot zur Verkürzung ihrer Wartezeit bekommen zu haben. Ein Besuch in der Praxis des operierenden Arztes vor der Operation oder eine Zahlung direkt an den operierenden Arzt würden alle Hindernisse beseitigen. Dies wäre dann die Fünf-Klassen-Medizin. //

Quellen und Links:



Zur Person: Dr. Sebastian Huter MPH (37) ist Arzt für Allgemeinmedizin und Mitbegründer der Primärversorgungseinheit (PVE) Sonnwendviertel.

Huter ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin der Paracelsus Medizinischen Universität Salzburg und Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM). In den Anfängen der Pandemie war er von November 20 bis Mai 21 Mitarbeiter im Kabinett Anschober/Mückstein.

Dr. Huter, Sie sind Mitbegründer der PVE Sonnwendviertel, das Sie mit je einer Kollegin und einem Kollegen in der Nähe des Wiener Hauptbahnhofs seit 2021 betreiben. War für Sie immer schon klar, dass Sie Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag werden wollen?

Sebastian Huter: Ich bin spät zur Medizin gekommen. Der Berufswunsch ist erst während des Zivildienstes beim Salzburger Roten Kreuz gewachsen. Bei den Fachrichtungen gingen meine ersten Überlegungen in Richtung Notfallmedizin und Anästhesie. Unfallchirurgie schien mir auch spannend. Im Laufe des Studiums merkte ich aber, dass die kurzfristige Reparaturmedizin nicht für mich passt. Ich wollte eine moderne Form von nachhaltiger Medizin praktizieren, bei der die Patienten gar nicht erst zum Notfall werden. Dafür ist das Konzept der Primary Health Care und die enge Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsdienstleistern die passende Arbeitsform.

Wären Sie auch Allgemeinmediziner und Kassenarzt, wenn es nicht die Möglichkeiten zur Gründung eines Primärversorgungszentrums gegeben hätte?

Ich wäre wahrscheinlich trotzdem Allgemeinmediziner. Ich würde aber das Fach nicht in einer Einzelordination ausüben wollen. Für uns drei im medizinischen Sonnwendviertel-Team war immer klar, dass wir in der Gruppe arbeiten wollen. Kassenmediziner in einer klassischen Einzelordination war für keinen von uns eine Option.

Weil?

Es mag jetzt hochtrabend klingen: Aber wir teilen die Vision, eine hochqualitative Primärversorgung zu leisten, die innova-



Foto: © Maren Jeleff

Der Hausarzt

„Ich würde das Fach nicht in einer Einzelordination ausüben wollen.“

tiv sein darf. Wir wollen eine bedarfsge- rechte Versorgung aufbauen, in der organisatorische Neuerungen ihren Platz haben. Wir wollen offen für alle sein. Da braucht es zusätzlich zur 40-Stunden-Woche ein hohes Organisations- und Unternehmenstalent und die entsprechenden Freiräume, dies umzusetzen. Die sind bei einer PVE weitgehend gegeben.

Eine Karriere als Spitalsarzt wäre für Sie nicht infrage gekommen?

Nie ernsthaft. Ich schätze die Möglichkeit, selbst zu entscheiden, wie man sich entwickeln und welche Unternehmenskultur man leben will. Wir bestimmen, wie stark wir uns im engen und erweiterten Praxisteam vernetzen, wie eng wir mit den anderen Gesundheitsanbietern kooperieren. Wir haben in unserem Haus eine weitere Kinder-PVE, eine Apotheke und andere Gesundheitseinrichtungen, mit denen wir zusammenarbeiten. Das bringt Freiheit, die ich im Spital nicht habe.

Kammer-Vizepräsident Edgar Wutscher nennt die unflexible Gestaltung der Verträge als einen der Hauptgründe, warum Kassenstellen so wenig nachgefragt werden. Wie erfahren Sie die Zusammenarbeit mit der ÖGK?

Ich weiß über die aktuelle Ausgestaltung von Einzelkassenverträgen zu wenig Bescheid. Ich kann über unseren Vertrag

„Ich schätze die Möglichkeit, selbst zu entscheiden, wie man sich entwickeln und welche Unternehmenskultur man leben will.“

sprechen: Ich finde Auflagen normal, weil die Kasse die Versorgung über den Vertrag sicherstellen muss. Aber das sind nachvollziehbare Vorgaben, die man in einem Team gut unterbringt.

Wirklich alles paletti in der Zusammenarbeit mit Stadt Wien und Kassen?

Das Verrechnungs- und Honorarsystem kann jede Menge Verbesserungen vertragen. Da herrscht viel Murks. Unser Anspruch, gute Versorgung zu leisten, steht in keinem Verhältnis mit dem Honorarsystem. Das System, wie es jetzt aufgestellt ist, orientiert sich an Einzelleistungen. Ich werde dafür bezahlt, dass ich viel Versorgung leiste. Es wird aber nirgends nachgeschaut, ob ich auch gute Versorgung mache. Die Tatsache, wie viele Infusionen gegeben werden, hat nichts mit der Qualität zu tun. Wir werden rein nach Quantität beurteilt. Qualität spielt in der Honorierung keine Rolle. Dabei ist es mein Ziel, meine Patienten gesünder zu machen und nicht weniger krank.

Wie kommt dies im Alltag zum Tragen?

Wir diskutieren zu wenig darüber, was wertvolle Versorgung bieten soll und wie wir das in ein Honorierungssystem gießen. Aktuell verrechnen wir viele Einzelleistungen. Aber für das heutige Verständnis von Primärversorgung passt das aus meiner Sicht nicht mehr: Gute Versorgung bedeutet bei uns, dass die Patienten das bekommen, was sie brauchen, nicht das, was besser honoriert wird. In den PVE-Verträgen anderer Bundesländer gibt es spannende Ansätze, wo viel stärker pauschaliert abgerechnet wird. Kommt eine komplexe Einzelleistung wie eine Wundversorgung dazu, dann kann dies separat honoriert werden. Wenn ich aber jede Infusion, jeden Fingerstich als Einzelleistung aufliste, hinterlässt das im System Spuren.

Welche?

Diese Vorgangsweise hat Lenkungseffekte. Wenn ich in Einzelleistungen denke, werde ich eine Versorgungsleistung, die nicht honoriert wird, nur in beschränktem Umfang erbringen. Ob eine Leistung sinnvoll ist, kann dann schnell in den Hintergrund treten. Prinzipiell müssen wir uns von Grund auf überlegen, wie wir qualitätsvolle und erfolgreiche Primärversorgung honorieren können.

Ein weiterer Vorwurf der Kammer geht in Richtung einer überbordenden Bürokratie, die mit einem Kassenvertrag einhergeht. Wie erleben Sie das?

Was ist mit dem Begriff „Bürokratie“ gemeint? Ich verstehe bis zu einem gewissen Grad, wenn aus Gründen der Patientensicherheit und der Abrechnungsqualität Dokumentation verlangt wird. Was ich überhaupt nicht verstehe ist die Tatsache, dass diese Bürokratie wenig geregelt ist. Die Prozesse sind nicht klar definiert, nur sehr wenige Abläufe sind gesichert digitalisiert. Das ist extrem mühsam und wäre leicht zu beseitigen.

Von den Kassenärzten wird die chefürztliche Bewilligungspflicht immer wieder hart kritisiert. Wie handhaben Sie die Kommunikation mit der Kasse und den Chefürzten?

Ich kann verstehen, dass die Kasse das Lenkungsinstrument der chefürztlichen Bewilligung immer wieder ins Rennen bringt. Aber ich habe kein Verständnis dafür, dass man im Jahr 2024 diese Sachen immer noch mit einem teilweise papiergebundenen und Fax-basierten Prozess abwickelt. Das ist sowas von verstaubt und zeitraubend. Aktuell hat man es bei jeder Kommunikation mit einem anderen Chefürzt zu tun, mit dem wieder alles neu aufgerollt werden muss. Für jede Rückantwort muss ein neuer Antrag gestellt werden. Das ist die Art von Bürokratie, bei der ich mir vorstellen kann, dass sie Kollegen das Weite suchen lässt.

MIT DEN KRANKENHAUSAPOTHEKEN DIE VERSORGUNG OPTIMIEREN

Je stärker die Rolle der Krankenhaus-Apotheker:innen, desto sicherer ist die Arzneimittelversorgung. Daher lautet die Forderung: Medikationsprozess gezielt verbessern.

Medikationsfehler zählen zu den häufigsten singulären vermeidbaren Ursachen für unerwünschte Ereignisse bei der Therapie von Erkrankten. Österreichische Krankenhäuser brauchen eine gesetzliche Verankerung von Qualitätskriterien zur Verringerung medikamentös bedingter Schäden und Indikatoren zur Anhebung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Um diese Ziele zu erreichen, muss der Medikationsprozess im Krankenhaus von der Verordnung bis zur Verabreichung der Medikamente optimiert und neu überdacht werden, fordern Krankenhaus-Apotheker:innen.

In Österreich arbeiten mehr als 500 speziell ausgebildete Apotheker:innen in 43 Krankenhausapotheken. Sie kümmern sich effizient, zielorientiert, ökonomisch und fachlich auf höchstem internationalen Standard um die Arzneimittelversorgung in den Spitälern. Ihre Arbeit ist entschei-

dend für die sichere und optimale Versorgung der Patient:innen. Für diesen hochsensiblen Gesundheitsbereich braucht es jedenfalls Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung.

Klinisch-pharmazeutische Betreuung einführen

Je mehr Medikamente ein:e Patient:in benötigt, desto wichtiger ist eine fachliche und persönliche Betreuung durch Krankenhaus-Apotheker:innen. Ihre Einbindung sorgt im Krankenhaus für einen sicheren Medikamenteneinsatz von der Aufnahme bis zur Entlassung der Patientinnen und Patienten. Die systematische Überprüfung der Medikation an entscheidenden Punkten des Behandlungsprozesses verringert Medikationsfehler, unerwünschte Nebenwirkungen und ungeplante Wiedereinweisungen.

Die Aufnahme, die Verlegung innerhalb eines Krankenhauses oder die Entlassung von Patient:innen – all das sind sehr sensible Schnittstellen der Arzneimittelversorgung, bei denen sehr leicht Medikationsfehler auftreten können. Mit einer verpflichtenden klinisch-pharmazeutischen Betreuung werden Sicherheitslücken im Medikationsprozess geschlossen. Dadurch wird der Behandlungserfolg der Menschen verbessert und das Krankenhaussystem entlastet. Dazu gehört auch die Weiterverordnungs-kompetenz für die poststationäre Versorgung im Rahmen des Entlassungsmanagements.

Medikamente verpflichtend elektronisch erfassen

Durch die lückenlose Digitalisierung der Medikationsprozesse – von der Verordnung bis zur Verabreichung der Medika-



„Wir entwickeln Strategien und Notfallpläne, um Engpässe zu vermeiden.“

Evamaria Dedl,
Kepler Universitätsklinikum, Linz



„Wir sind der Garant dafür, dass das erforderliche Medikament in der richtigen Dosierung und der richtigen Qualität bei den richtigen Patientinnen und Patienten ankommt.“

Sarah Öttl,
Kepler Universitätsklinikum, Linz

mente – wird die Qualität und Sicherheit der Arzneimitteltherapie im Krankenhaus deutlich erhöht. Die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus-Apotheker:innen, Ärzteschaft sowie dem Pflegepersonal wird effizienter und führt so zu einer Entlastung der Berufsgruppen. Alle am Medikationsprozess Beteiligten benötigen jederzeit und nachvollziehbar Einsicht in die Informationen und Ergebnisse der einzelnen Schritte des Medikationsprozesses.

Arzneimittelproduktion garantieren

Viele Patient:innen – z.B. im onkologischen oder pädiatrischen Bereich – benötigen Arzneimittel, die auf höchstem Niveau in den Reinräumen der Krankenhausapotheke hergestellt werden. Um diese personalisierte Herstellung lebenswichtiger Medikamente zu gewährleisten, ist es zwingend erforderlich, die notwendigen räumlichen und personellen Ressourcen in den Spitälern bereitzustellen. Nicht zuletzt aufgrund laufender Lieferausfälle ist es entscheidend, die Expertise der Krankenhaus-Apotheker:innen in den gesamten Medikationsprozess einzubinden und so die Arzneimittelversorgung der Patient:innen abzusichern.

Vielfältige Aufgaben

Rund 2,2 Millionen stationäre Aufenthalte wurden in den österreichischen Kranken-

häusern 2023 registriert. Zu den Kernaufgaben der mehr als 500 Krankenhaus-Apotheker:innen in Österreich zählen Klinische Pharmazie, Produktion, Logistik und strategischer Einkauf inklusive Vorratssicherung für Not- und Krisenfälle. Das Sortiment der Anstaltsapotheken umfasst auch Blutprodukte, Desinfektionsmittel, Verbandstoffe, enterale und parenterale Ernährung, Infusionen, Dialyselösungen, Reagenzien und Diagnostika sowie Medizinprodukte und medizinische Gase.

Der strategische Einkauf und die Logistik zählen zu den wichtigsten Versorgungsleistungen in der Krankenhauspharmazie. Immer wieder werden Präparate dringend benötigt – besonders in Notfällen. Eine zusätzliche Herausforderung ist, dass der Arzneimittelbedarf nicht immer planbar ist oder Präparate nur begrenzt haltbar sind. Außerdem kommt es immer wieder zu Lieferengpässen oder -ausfällen, auf die flexibel reagiert werden muss. Hier ist rasches Handeln gefragt. Krankenhaus-Apotheker:innen kombinieren Geschwindigkeit und Flexibilität in der Arzneimittelversorgung.

Risiken minimieren

In enger Abstimmung mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten optimieren Krankenhaus-Apotheker:innen die Arzneimitteltherapie und minimieren Risiken einer

Polymedikation. Als Arzneimittelspezialist:innen wissen sie am besten, welche Neben- und Wechselwirkungen auftreten können und was es bei Dosierungsanpassungen zu beachten gilt. Sie beraten das ärztliche und Pflegepersonal in allen Arzneimittelfragen, beginnend mit der Medikamentenauswahl und -anwendung bis hin zur richtigen Handhabung und der qualitätsschonenden Aufbewahrung. Auch im immer wichtiger werdenden Feld der strategischen Vorbeugung von Antibiotika-Resistenzen sind Krankenhaus-Apotheker:innen stark involviert und sorgen dafür, dass diese enorm wichtigen Medikamente weiterhin wirksam bleiben.

A ÖSTERREICHISCHE
APOTHEKERKAMMER

H ARBEITSGEMEINSCHAFT
ÖSTERREICHISCHER
KRANKENHAUSAPOTHEKER

H ÖSTERREICHISCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR
KRANKENHAUS
PHARMAZIE



„Wir stellen im Spital Medikamente patientenindividuell in der passenden Dosierung her.“

Martin Munz,
Landeskrankenhaus Innsbruck

Warum lassen wir Klinikärzte nicht Teilzeit-Partner eines PVZs werden?

Der Linzer Gesundheitsökonom Wolfgang Bayer fragt im Interview, warum Kassenverträge im niedergelassenen Bereich nicht flexibler sind, und erklärt, warum die Ausbildung für Mediziner und Pflegende in die falsche Richtung geht.

Interview: Josef Ruhaltinger

Herr Bayer, Sie waren zwischen 2010 und 2020 in Oberösterreich Leiter der Experten- und später der Evaluierungskommission für die Spitalsreform II., die bis 2020 über 200 Maßnahmen des Regionalen Strukturplans Gesundheit RSG auf den Weg gebracht hat. Laut Evaluierungsbericht wurde eine Kostendämpfung von 1,5 Mrd. Euro im Umsetzungszeitraum realisiert. Gerade jetzt wird in Oberösterreich der RSG 2030 verhandelt. Um von Länderebene auf das große Ganze zu schließen: Ist das österreichische Gesundheitssystem noch steuerbar?

Wolfgang Bayer: Beim RSG 2025 war ich stark involviert. Bei der Ausgestaltung des aktuellen Strukturplans 2030 bin ich nicht mehr direkt dabei. Die aktuelle Herausforderung ist groß: In Wahrheit kommen jetzt wieder über 100 Millionen Kostendämpfungsbedarf auf die Spitäler zu. Dabei braucht es neue Infrastruktur, der Großgeräteplan ist mit Wünschen nach MRT- und CT-Geräten rappellvoll, und wir haben das Thema der Da Vinci-OPs, die den Häusern modernes Arbeiten ermöglichen sollen. Und gleichzeitig erwartet man von den Gesundheitsdiensteanbietern, dass sie einsparen. Irgendwann geht sich das nicht mehr aus.

Verfügen wir in Österreich über einen überdimensionierten stationären Bereich?

Man darf die Versorgungsleistung nicht an Betten messen. Der medizinische Fortschritt hat das Zusammenspiel zwischen stationärem und ambulanten Bereich entschieden verändert. Einst umfangreiche Operationen werden heute minimalinvasiv durchgeführt und die Patienten gehen noch am gleichen oder nächsten Tag nach Hause. Diese medizinische Entwicklung verändert Prozesse, die zur Umschichtung von Mitteln und – das wesentlich knappe Gut – auch von Personal führen müssen. Das ist noch nicht passiert.



Systemerprobt.

Wolfgang Bayer weiß, wie Strukturpläne und Steuerungskommissionen funktionieren.

Dies ist nicht immer motivationsfördernd.

Was ist damit gemeint?

Aufgaben, die bisher vom stationären Bereich erledigt wurden – wie beispielsweise die Nachsorge nach OPs – verlagern sich in den ambulanten Bereich. Viele Therapien, die vor zehn oder zwanzig Jahren eine stationäre Betreuung verlangt haben, können heute im niedergelassenen Bereich erfolgen. Dafür muss der ambulante Bereich aber fit gemacht werden. Dies ist der Bereich, der am unmittelbarsten in der Endversorgung des Großteils der Bevölkerung wirksam wird.

Muss sich der ambulante Bereich verändern?

Das ist unausweichlich. Aus meiner Sicht ist aber unklar, in welche Richtung der Wandel gehen soll. Brauchen wir noch den klassischen Einzelkämpfer? Wenn ja: Funktioniert das Konzept überhaupt noch? Unsere traditionellen Landärzte haben und hatten das Wissen, das es braucht, um eine Einzelordination zu bespielen. Junge Mediziner werden heute aber anders ausgebildet. Sie sind ein anderes Arbeiten gewohnt. Der klassische Landarzt kennt seine Patienten und oft auch deren soziales Umfeld. Diese Art der Versorgung gibt es nicht mehr. Heute übernehmen die interdisziplinären Versorgungseinheiten in den Primärversorgungszentren diese Aufgaben, was ich für einen großen Fortschritt halte. Aber die PVZ können den Wandel nicht allein stemmen. Da ist noch viel zu tun.

Der Besuch beim Wahlarzt ist für viele das Symbol für die Zwei-Klassen-Medizin. Gesundheitspolitiker und Kassenvertreter machen die Abwanderung ins Wahlarztsystem für die Personalengpässe in den Spitälern und im niedergelassenen Bereich verantwortlich. Haben sie recht?

Ich kenne keine Kardinallösung. Aber ich würde manche Dinge einmal im Pilotprojekt probieren und schauen, was passiert. Es gibt die Idee, dass Wahlärzte auch Kassenleistungen erbringen sollen. Es existiert auch das umgekehrte Konzept, dass Kassenordinationen auch Wahlarztleistungen erbringen.

Was soll dies bringen?

Flexibilität. Beispiel: Wahlärzte erbringen eine vorgegebene Anzahl an Sprechstunden auf Kassenbasis. Wenn ein Kliniker nur eine halbe Anstellung hat und an vier Nachmittagen eine Wahlarztordination betreibt, dann soll er – ich nenne jetzt eine

Hausnummer – 10 oder 20 Prozent der Patienten auf eCard behandeln. Warum lassen wir Klinikärzte nicht Teilzeit-Partner eines Primärversorgungszentrums werden? Ich halte es für klug, wenn dieses PVZ im Umfeld des beschäftigenden Spitals besteht. Dies treibt die Verschränkung von ambulanter und stationärer Versorgung eine Windung weiter. Da könnte ich mir auch Facharztpraxen auf Kasse vorstellen, in denen teilzeitbeschäftigte Klinikärzte arbeiten. Dann geht deren Arbeit für das solidarische System nicht verloren.

Wir kennen in Österreich keine genauen Zahlen zu unseren Diabetes-Kranken. Wir wissen bis heute nicht, wie viele Long Covid-Erkrankte wir in Österreich haben. Dies soll ab 1.1. 2025 mit der verpflichtenden Diagnosecodierung für alle niedergelassenen Kassenmediziner ein Ende haben. Bringt dies die notwendige Transparenz in das österreichische Gesundheitsgeschehen?

Ich formuliere es mal grob: Man kann ELGA sofort einstampfen, wenn das nicht kommt.

„Wir brauchen neue Infrastruktur, neue Großgeräte und moderne OP-Roboter. Gleichzeitig erwartet man von den Gesundheitsdiensteanbietern, dass sie einsparen. Irgendwann geht sich das nicht mehr aus.“

Sind die Kassen als Zahler des niedergelassenen Bereichs zu unflexibel?

Ich will keine Schwarzen Peter verteilen. Ich will keine Innovationen, anzubieten und zu schauen, wie Ärzteschaft und Patienten drauf reagieren. Irgendwer hat einmal gesagt: Den Wandel wagen. Heute sind ja auch alle vom Erfolg der PVZ begeistert. Zuvor hat man das Ordinationsformat jahrelang dahindümpeln lassen.

Wir alle wissen um die Schwierigkeiten der ÖGK, Ordinationen in ländlichen Regionen zu besetzen. Warum ist es so schwierig, in gewissen Fächern und in speziellen Gebieten niedergelassene Ärzte als Kassenpartner zu finden?

Es wollen deutlich mehr Mediziner Hausarzt sein als Unternehmer. Es ist komplex, als Einzelunternehmer mit Steuer, Banken, Personalführung und Investitionsplanung konfrontiert zu sein. Ich war selbst Geschäftsführer eines Primärversorgungszentrums und konnte eine Menge Beobachtungen machen: Das Mediziner-Team wäre am liebsten angestellt gewesen und hätte sich auf seine Aufgaben nach der klassischen Primary Health Care konzentriert. Und ich konnte viel, aber nicht alles abnehmen. Den überbordenden Wunsch nach der unternehmerischen Unabhängigkeit habe ich nicht beobachtet.

Warum so entschieden?

Mit der Diagnosecodierung wird unser Gesundheitssystem ein Stück planbarer. Die Digitalisierung hilft uns in der Evaluierung von Maßnahmen: Was ist gescheit und was ist nicht gescheit? Vor knapp 20 Jahren wurden die ersten Machbarkeitsstudien zu ELGA gemacht. Und heute reden wir davon, wie wir verlässliche und umfassende Diagnosedaten erhalten. Das geht alles viel zu langsam.

Ärzte und Patienten beklagen immer wieder die fehlende Nutzerfreundlichkeit von ELGA. Zurecht?

Es muss sich für den Gesundheitsdiensteanwender, den berühmten GDA, lohnen, in ELGA hineinzuschauen. Das heißt, er soll nicht nur die Daten finden, die er braucht, sondern er muss sie auch ohne großen Aufwand nutzen können. Ohne deutlich gesteigerte Bedienungs-freundlichkeit wird auch ein befülltes ELGA seinen Zweck verfehlen. Dass die Ärzte ihre 20 Jahre alte Ordinationssoftware modernisieren werden müssen, das steht auf einem anderen Blatt.

Seit 15 Jahren wird vor der Pensionierung der Boomer-Generation im Gesundheitswesen gewarnt. Es stehen jede Menge Operationssäle still, weil weder Ärzte noch Pflegende zur Verfügung stehen. Die Aus-

bildung eines Mediziners dauert zwölf Jahre, ein Pflegebachelor braucht vier Jahre. Wie kommen wir bis 2040 über die Runden?

Da hätte ich einige Ideen ...

Ich höre gerne zu ...

Die zugespitzte Spezialisierung im Ärztstudium und die Akademisierung im Pflegebereich lotsen den beruflichen Nachwuchs an die falschen Stellen. Im ärztlichen Bereich haben wir ab einer ganz frühen Studienphase eine Facharztausbildung, die lange dauert und nur einen ganz schmalen Versorgungsbereich abdeckt wie z. B. verschiedene chirurgische Fächer oder Augen. Der allgemeine Mediziner, der eine schnelle und unmittelbare Wirksamkeit in der primären Versorgung aufweist, wurde dabei vernachlässigt. Statusmäßig war und ist der Allgemeinmediziner lange der Handwerker in einer Blase aus lauter Spezialisten. Heute haben wir das Problem, dass wir keine Leute für die Ambulanzen und Hausarztordinationen finden, weil der Bereich in der Ausbildung zwar vorkommt, aber die Studierenden auf die vergleichsweise weniger flächenversorgungswirksamen Fächer kanalisiert werden. Diese wirken mit den ganzen technischen Möglichkeiten einfach cooler. Es gibt dadurch zu wenig Berührungspunkte mit der Alltags-Praxis. Im Pflegebereich ist es das Gleiche. Wir akademisieren die bisherigen Diplomkräfte mit dem Effekt, dass jetzt vier bis fünf unterschiedliche Berufsgruppen an einem Menschen arbeiten, um den sich vorher zwei bis drei Menschen gekümmert haben. Am Ende des Tages stellt sich die Frage, wer die konkrete Arbeit macht? Ich brauche nicht lauter Chefs. Ich brauche Leute in der Pflege, die anpacken. In Oberösterreich wurde das erkannt. Da sind die Diplom-Lehrgänge parallel zur FH-Ausbildung wieder offen. Aus meiner Sicht sind wir im Bereich der Ausbildung in den letzten Jahren in die falsche Richtung gesegelt.

Das müssen Sie erklären ...

Wir verkomplizieren unnötig das System. Ich merke in den Budgetgesprächen mit den oberösterreichischen Stakeholdern, dass die Kosten steigen, die personelle Ausstattung wächst –, wenn auch in weit geringerem Ausmaß –, aber die Leistung im besten Fall stagniert. Oft nimmt sie ab. Das zeigen die Vergleiche, die nach LKF-Punkten messen.



Foto: © Doris Meixner

Zur Person: MMag. Wolfgang Bayer ist Geschäftsführer der Wolfgang Bayer Beratung GmbH. In der von ihm geleiteten Spitalsreform 2010/2011 – 2020 in OÖ wurde die Gründung des Kepler Universitätsklinikums, der Spitalsverbände Salzkammergut-Klinikum und Klinikum Pyhrn-Eisenwurzen oder des Ordensklinikums Linz GmbH mit den Barmherzigen Schwestern und den Elisabethinen angestoßen. Bis 2009 war der Oberösterreichischer Geschäftsführer und Partner von KPMG Österreich. Sein Unternehmen berät Kunden im Gesundheits- und Sozialbereich bei der Optimierung ihrer Strukturen. Bayer (55) ist studierter Betriebswirt und Wirtschaftspädagoge.

Die Gründe?

Die Prozesse in den Kliniken sind nicht effizient auf den Patienten ausgerichtet. Wir benötigen heute hohe Arbeitskapazitäten aufgrund der extrem differenzierten Arbeitsteilung, gesetzlichen Vorgaben und zum Teil der übertriebenen Risikoabsicherung. Dazu kommt eine Arbeitsverdichtung, die die Belastung des Einzelnen deutlich gesteigert hat. Die personelle Organisation hat auf die neuen Arbeitsabläufe kaum reagiert.

Das bedeutet was?

Der Umschlag in den Kliniken ist heute deutlich höher als vor zwanzig Jahren. Heute gibt es pro Patienten jeden zweiten Tag Aufnahme und Entlassung. Früher war dies erst jeden dritten oder vierten Tag notwendig. Das ist das Thema. Können die Pflegenden tatsächlich 40 Stunden durcharbeiten, wenn dies deutlich mehr Einsatz ohne Ruhepausen verlangt, als dies noch vor zwanzig Jahren der Fall war? Da ist es keine schlechte Idee, über eine Viertage-Woche in der Pflege zu reden, um den Beruf attraktiv zu halten.

Dies bedeutet natürlich, dass ich noch mehr Pflegekapazitäten brauche, wenn ich das Arbeitsvolumen pro Person verringere ...

Das gilt es auszuprobieren. Aber Attraktivierung eines Berufes ist nicht nur mit Geld zu erreichen. Ich glaube, dass nur wenige Pflegenden ein Problem haben, Dienste in vier mal zehn Stunden-Einheiten zu leisten, wenn sie dafür garantierte drei freie Tage pro Woche haben.

Es wurde auch von 30- oder 32-Stunden-Woche für Pflegenden diskutiert. Machbar?

Das ist eine Frage der Intensität: Sind Abläufe und Aufgaben so organisiert, dass in 32 Stunden zu schaffen ist, was vorher in 40 geleistet wurde? Ohne es genau unter-

sucht zu haben: Ich zweifle an einem derart hohen Produktivitätsschub. Dies würde in Folge bedeuten, dass wir bei einer 32-Stunden-Woche unseren Personalbedarf noch einmal nach oben schrauben müssten. Das halte ich für kontraproduktiv. Sicher ist: Arbeitsbedingungen müssen so verändert werden, damit die Menschen in der Zeit, in der sie arbeiten, auch Freude haben. Und das müssen wir wieder sicherstellen.

Das Einstiegsgehalt einer diplomierten oder akademisierten Gesundheits- und Krankenpflegerin oder eines Pflegers an der gynäkologischen Abteilung an der Klinik Hietzing beträgt aktuell 3.424 Euro für 40 Stunden, 14 mal jährlich ohne Zulagen. Einer Fachärztin für Chirurgie an der gleichen Klinik wird ein Startgehalt von 7.269 Euro pro Monat 14 mal jährlich in Vollzeit angeboten. Wie wichtig ist Geld bei der Attraktivierung der Gesundheitsjobs?

Geld ist nicht das einzige und ausschlaggebende Argument für eine Berufswahl. Pflegenden kommen mit Nachtdienst und anderen Zuschlägen durchaus auf ein nennenswertes Entgelt. Aber es gibt sehr irritierende Nebengeräusche. Aus meinem persönlichen Umfeld höre ich immer wieder die Klage, dass es ein großes Problem sei, dass eine geleistete Überstunde auch ausbezahlt werde. Als wirklich zerstörend wird aber das Problem der ungeplanten Dienste empfunden. Das Thema hat seit der Pandemie die bis dahin übliche Dimension der kollegialen Hilfe gesprengt. Die ständige Notwendigkeit, am nächsten Tag oder am Wochenende für eine Kollegin einzuspringen, vergällt das persönliche Lebensgefühl. Ich höre von den Pflegenden, dass dies der Hauptgrund sei, warum der Beruf so belastend geworden ist. Je verlässlicher der Dienstplan ist, desto zufriedener sind die Leute. //

Paxlovid: Eine „Magic Bullet“ zwischen Mythos und Evidenz

Von Martin Sprenger

Wie schon im Jahr 2023 wird auch in diesem Herbst die mediale Werbetrommel für das angeblich „wirksame und nebenwirkungsarme“ Arzneimittel Paxlovid® (Nirmatrelvir und Ritonavir) der Firma Pfizer gerührt. Es reduziere „schwere Krankheitsverläufe, die Krankheitsdauer und das Risiko von Long Covid“, wie zuletzt die Vizepräsidentin der Wiener Ärztekammer Naghme Kamaleyan-Schmied öffentlich betonte. Die bis dato publizierten fünf randomisiert-kontrollierten Studien (RCTs) sind in Bezug auf die Wirksamkeit von Paxlovid weniger euphorisch.

Zwar zeigte der erste von Pfizer unterstützte und im Februar 2022 publizierte RCT bei ungeimpften, symptomatischen, nicht-hospitalisierte Personen noch eine signifikante Reduktion von COVID-19-Hospitalisationen im Vergleich zu Placebo (0,8% vs 7%). Zwei Jahre später fand sich jedoch in einem ebenfalls von Pfizer unterstützten RCT, an dem ungeimpfte und geimpfte Personen teilnahmen, kein signifikanter Unterschied mehr bei der Symptombdauer zwischen Paxlovid (12 Tage) und Placebo (13 Tage).

Auch eine Postexpositions-Prophylaxe mit Paxlovid für 5 bis 10 Tage konnte im Vergleich zu Placebo die Häufigkeit von symptomatischen Fällen nicht signifikant reduzieren und eine 15-tägige Einnahme von Paxlovid führte zu keiner signifikanten Verbesserung der Symptomatik im Vergleich zu Placebo-Nirmatrelvir. In einem aktuellen, allerdings nicht verblindeten RCT führte die Einnahme von Paxlovid im Vergleich zur Standardversorgung zu keiner Reduktion der Krankenhaushäufigkeit, aber zu geringen Unterschieden bei drei Monate anhaltender Symptomatik und Krankenständen.

Zu den möglichen Arzneimittelwechselwirkungen von Paxlovid hat das Robert-Koch-Institut im November 2022 einen ausführlichen Bericht herausgegeben. Insbesondere bei „älteren Menschen und Personen, die an mehreren chronischen Krankheiten leiden“, sind diese von großer Bedeutung. Also genau bei jenen Risikopatienten, für die ab Oktober 2024 die Corona-Tests wieder gratis sind und bei einem positiven Testergebnis die Kosten von Paxlovid von der Krankenkasse übernommen werden. Bei der Gabe von Paxlo-

vid können die Plasmaspiegel zahlreicher Arzneimittel verändert werden, was zu signifikanten Arzneimitteltoxizitäten oder relevanter Wirksamkeitsminderung führen kann. Zu den vielen Wechsel- und Nebenwirkungen lohnt es sich deshalb auch, die Packungsbeilage genau zu lesen. Das Management dieser Arzneimittelwechselwirkungen ist bei Hochrisikopatienten mit

Die bis dato publizierten fünf randomisiert-kontrollierten Studien sind in Bezug auf die Wirksamkeit von Paxlovid wenig euphorisch.

COVID-19 sehr komplex und erfordert ein fundiertes Wissen. Vielleicht sind viele Hausärzte deshalb so zurückhaltend bei der Verschreibung dieses Medikaments. „Nebenwirkungsarm“ ist Paxlovid mit Sicherheit nicht.

Speziell bei sehr teuren Medikamenten wie Paxlovid mit einem Packungspreis deutlich über 1.000 Euro sollte nicht nur der Nutzen eindeutig belegt sein und bei der Verschreibung auf ein positives Nutzen-Risikoverhältnis geachtet werden, sondern auch ökonomische Überlegungen eine Rolle spielen. Die Mittel im Gesundheitsbereich sind nicht unendlich und auch Paxlovid hat ein Ablaufdatum. Auch wenn die Haltbarkeit vom Hersteller Pfizer von zuerst 12 auf 18 und zuletzt 24 Monate verlängert wurde, mussten viele Packungen Paxlovid entsorgt werden. In Deutschland betraf dies zirka 420.000 Packungen im Wert von 273 Millionen Euro. Für Österreich werden dazu leider keine Zahlen öffentlich gemacht. //

Links und Quellen:



Foto: © KEINRATH.COM

Zur Person. Dr. med. Martin Sprenger (61) ist seit 20 Jahren Gesundheitswissenschaftler und Leiter des Universitätslehrgangs Public Health am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz. martin.sprenger@medunigraz.at



KI-gestützte Infektionssuche. HAIDI durchforstet sämtliche digital verfügbaren Klinikdaten und untersucht sie auf Infektionen mit Krankenhauskeimen. Die potenziellen Fälle werden täglich auf den Bildschirm gebracht und von Hygieneexperten bewertet. Erst dann zählt ein Fall als nosokomiale Infektion für die Statistik.

KI als Unterstützung in der Krankenhaushygiene

Im Bereich der Hygiene spielen digitale Tools in den Spitälern eine zunehmend wichtige Rolle. Am Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried wurde mit HAIDI ein modernes System implementiert, das die Hygieneprozesse grundlegend verändert.

Von Ulrike Niedermüller und Milo Halabi

Wir alle kennen die Herausforderungen: Nosokomiale Infektionen müssen effizient nachverfolgt und dokumentiert werden. Bisher war es ein Glücksfall, wenn ein Hinweis auf eine potenzielle Infektion durch eine aufmerksame Pflegeperson oder Ärztin bzw. Arzt beim Hygieneteam einging. Mit den gesetzlichen Vorgaben der Bundesländer zur Erfassung von Krankenhausinfektionen begann ein Umdenken. Die systematische Dokumentation von „Indikatorinfektionen“ wurde als wesentliches Element der Qualitätssicherung erkannt.

Zum Glück tauchten Systeme wie KISS (Krankenhaus Infektions Surveillance System) und ANISS (Austrian Nosocomial Infection Surveillance System) auf, die helfen, Infektionen nach definierten Kriterien zu erfassen und zu melden. Das war ein

wichtiger Schritt für das Benchmarking im deutschsprachigen Raum. Dieses Benchmarking ist essenziell geworden, da Krankenhäuser zunehmend Teil großer Franchise-Ketten sind. Es kann den Patientinnen und Patienten ermöglichen, fundierte Entscheidungen zu treffen. Denn wer möchte in ein Krankenhaus gehen, das eine hohe Rate an nosokomialen Infektionen aufweist? Oder wer glaubt, dass es Einrichtungen gibt, die keine Infektionen haben? Für Letzteres gibt es nur eine Erklärung: Sie erfassen sie ganz einfach nicht.

Von Teilaspekten zum Gesamtüberblick

Obwohl die Beteiligung an KISS und ANISS fleißig betrieben wird, sind diese Erfassungen oft bruchstückhaft und decken nur wesentliche Indikationen ab. Aber nicht alle. Das Hygieneteam

des Rieder Krankenhauses machte sich deshalb auf die Suche nach geeigneteren Lösungen und fand diese in einer speziellen, KI-basierten Softwareanwendung.

Das tschechische Start-Up Datlowe entwickelte die Applikation HAIDI mit dem Ziel, eine permanente Erfassung von nosokomialen Infektionen zu ermöglichen. Dies geschieht auf Basis von Algorithmen, die sämtliche digital verfügbaren Daten einer Einrichtung analysieren und gemäß anerkannten internationalen Kriterien den Verdacht auf das Vorliegen einer nosokomialen Infektion erkennt. Diese potenziellen Fälle werden täglich auf den Bildschirm gebracht und müssen von Hygieneexperten bewertet und „freigegeben“ werden. Erst dann zählt ein Fall als nosokomiale Infektion für die Statistik.

Diese Statistik ist täglich aktuell und kann für diverse Abteilungen und Zeiträume beliebig ausgewertet werden. Diese umfassende Erhebung, für die das Hygieneteam im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Ried im Innkreis in Oberösterreich etwa 15 bis 30 Minuten benötigt, ist ein erheblicher Fortschritt, da die Erfassung von Krankenhausinfektionen vorher oft nur stichprobenartig und unsystematisch erfolgte.

2019 begannen wir im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Ried mit der Implementierung dieser Applikation, unterstützt vom Krankenhausmanagement und dem Innovationsmanagement der Vinzenz Gruppe. Nach den Herausforderungen einer Pandemie und typischen IT-Problemen wie Schnittstellenfragen funktioniert die Anwendung seit Juli 2022 reibungslos. Derzeit werden vom System etwa dreimal mehr Patient*innen als Verdachtsfälle an das Hygieneteam gemeldet, als tatsächlich Infektionen vorliegen, wobei auch Voraufenthalte in die Analyse einbezogen werden. Die differenzierte Datenverknüpfung zeigt die Komplexität der Zusammenhänge beeindruckend auf.

Vergleichende Überprüfungen mit KISS-Daten und der Europäischen Punktprävalenzerhebung zeigten, dass die parallele Erhebung eine hundertprozentige Übereinstimmung mit den KISS-Daten aufwies. Im Vergleich zur Punktprävalenzerhebung liegt die Erfassung bei etwa der Hälfte der Infektionsrate. Aktuell liegt die Rate an nosokomialen Infektionen im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried bei 0,9% für den Zeitraum Jänner bis Dezember 2023. Die Infektionen betreffen Harnwege, Wunden und Gefäßkatheter.

Das Hygieneteam im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Ried im Innkreis benötigt für die Erhebung der Krankenhausinfektionen täglich etwa 15 bis 30 Minuten.

Wir durften auch zur Weiterentwicklung des digitalen Tools beitragen, sodass es demnächst einen halbautomatischen Upload in KISS geben wird, was den Schreibaufwand für das Hygieneteam erheblich reduziert. Zudem haben wir eine Funktion implementiert, die zeigt, um wie viele Tage Patient*innen mit nosokomialen Infektionen länger im Krankenhaus bleiben als solche ohne Infektionen. Bisher gab es dazu wenig gute Literatur; unsere Daten belegen, dass diese Verlängerung der Aufenthaltsdauer tatsächlich in erheblichem Maße existiert.

Mehr als fünffach längere Aufenthaltsdauer

Im Jahr 2023 wurden im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried knapp 30.000 Patient*innen stationär aufgenommen, mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von vier Tagen. Patient*innen mit nosokomialen Infektionen blieben im Durchschnitt jedoch 22,6 Tage. Neben dem persönlichen Leid bei den Betroffenen verursachen nosokomiale Infektionen auch erhebliche Zusatzkosten durch Medikamente (z.B. Antibiotika), Operationen, Untersuchungen und Mehraufwand in der Patientenbetreuung sowie durch die Belegung von Betten, die anderweitig benötigt würden. Auch volkswirtschaftliche Folgen wie längere Krankenstände und Rehabilitationsmaßnahmen sind nicht zu vernachlässigen. Eine tiefgreifende gesundheitsökonomische Analyse wäre hier sicherlich sinnvoll, um die tatsächlichen Kosten von nosokomialen Infektionen zu bewerten.

Allein um diese verlängerten Aufenthalte zu reduzieren, lohnt es sich, die Hygiene auf den Stationen und in den OPs noch strenger einzuhalten. Immerhin sind 50% der Infektionen exogen bedingt und könnten durch Prävention vermieden werden. Ein Hoch auf die Hygiene, auch in Post-Pandemie-Zeiten! Ein rasches Erkennen der Häufung von nosokomialen Infektionen durch das System ermöglicht es, entsprechende Maßnahmen wie Information und Schulung des Personals in die Wege schnell einzuleiten. //

Die Autoren:

OÄ Dr. Ulrike Niedermüller ist Fachärztin für Neurologie und Hygienebeauftragte Ärztin im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried. 2003 kam die gebürtige Oberösterreicherin nach Ried und half beim Aufbau der neuen Abteilung Neurologie im Schwerpunktkrankenhaus. Seit 2020 ist sie Teil des Krankenhaushygieneteams, dessen Leitung sie 2022 übernommen hat.

Prim. Dr. Milo Halabi ist Facharzt für klinische Pathologie und Molekularpathologie und leitet das Institut für klinische Pathologie, Mikrobiologie und molekulare Diagnostik am Standort der Barmherzigen Schwestern in Ried/Innkreis. Das Institut ist eine Einrichtung der Vinzenz Pathologieverbund GmbH.



Fotos: © KH BHS Ried / Rambossek

Warum ist evidenzbasierte Gesundheitspolitik in Österreich nicht erwünscht?

Von Martin Halla

Um herauszufinden, wie viel die Krankenversicherungsträger für die Refundierung von Wahlartzkosten ausgeben, muss man Abgeordnete zum Nationalrat sein. Nur so lässt sich das Gesundheitsministerium mittels parlamentarischer Anfrage zur Herausgabe dieser Informationen zwingen. Zuletzt tat dies die Abgeordnete Fiona Fiedler. Bundesminister Rauch beantwortete die Anfrage mit einem Konvolut wenig benutzerfreundlicher PDF-Dateien.

Um zu verstehen, in welchen Bereichen unsere Sozialversicherung funktioniert – und wo nicht –, ist es unerlässlich, Forscherinnen einen Zugang zu Mikrodaten zu geben. In Österreich ist dies aber nicht möglich.

Die Tatsache, dass es einer parlamentarischen Anfrage bedarf, um diese Informationen zu erhalten – und die widerwillig gegebene Antwort darauf –, steht sinnbildlich für den generellen Umgang mit Gesundheitsdaten. Unser Gesundheitssystem produziert im Rahmen der Patientenversorgung automatisch eine Menge an Daten. Neben der klassischen medizinischen Dokumentation entstehen vor allem Verrechnungsdaten. Diese Daten enthalten viele wertvolle Informationen darüber, wie (gut) unser System funktioniert. Leider verwehren das Gesundheitsministerium und die Träger den Anspruchsberechtigten einen (sinnvollen) Zugang zu diesen Informationen.

In einer Demokratie sollten Versicherte das Recht auf einen einfachen und verständlichen Zugang zu aussagekräftigen, deskriptiven Statistiken haben. Das einmal jährlich erscheinende Statistische Handbuch der österreichischen Sozialversicherung stellt eine völlig unzureichende Antwort auf dieses Recht dar.

Aus gesellschaftlicher Sicht wäre es effizient und fair, auch der Wissenschaft Zugang zu gewähren. Österreichs Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf evidenzbasierte Medizin sowie auf eine evidenzbasierte Gesundheits- und Sozialpolitik. Um zu verstehen, in welchen Bereichen unsere Sozialversicherung funktioniert – und wo nicht –, ist es unerlässlich, Forscherinnen einen Zugang zu Mikrodaten zu geben. In

Österreich ist dies aber nicht möglich. Grundlagenforschungsprojekte sind weder von Gewinnbestrebungen getrieben noch von politischen Interventionen beeinflusst. Darüber hinaus unterliegen sie durch die Publikation in Journalen einem externen Qualitätscheck. Viele Erkenntnisse aus diesen Projekten könnten unmittelbar in den politischen Entscheidungsprozess einfließen und mittelbar sowohl die Versorgung der Patientinnen verbessern als auch die Budgets entlasten.

In der Vergangenheit wurde den Forscherinnen der Zugang zu diesen Daten stets mit dem Verweis auf datenschutzrechtliche Probleme verweigert. Manchmal wurde uns sogar recht deutlich gesagt, dass wir die Daten ohnehin nicht verstehen und daher nur falsche Ergebnisse produzieren. Seit der Gesetzgeber das Austrian Micro Data Center geschaffen hat, ist das Argument des Datenschutzes nicht mehr stichhaltig. Bundesminister Rauch könnte mit einem Federstrich die Daten ins AMDC einbringen. Dieses bietet eine Plattform, die akkreditierten Forscherinnen die Analyse solcher Daten mittels Fernrechnen ermöglicht.

Warum Minister Rauch diese Möglichkeit bislang nicht genutzt hat, konnte uns auch nach persönlicher Nachfrage im Ministerium niemand erklären. Eine naheliegende Begründung könnte die Abwägung aus Patientennutzen und politischer Unwägbarkeiten sein. Ersteres wiegt hier zu leicht. Im internationalen Vergleich belegt Österreich einen der hinteren Plätze. Als positives Beispiel können nicht nur die nordischen Länder genannt werden, sondern auch Ungarn.

In der Vergangenheit gab es mutige Menschen im Gesundheitswesen, die Forscherinnen punktuell Zugang zu Daten gewährten. Die resultierenden Publikationen zeigen, was alles möglich wäre. Auch ein Blick in die Arbeitsmarktforschung offenbart viel über das Potenzial. Hier haben Forscherinnen seit Jahrzehnten einen exzellenten Datenzugang. Dies führte dazu, dass selbst Nobelpreisträger enthusiastisch und ohne Entgelt unsere Arbeitsmarktpolitik evaluieren. //

Zur Person. Martin Halla (Jahrgang 1980) ist Professor für Volkswirtschaftslehre an der Wirtschaftsuniversität Wien. Hallas primäres Forschungsgebiet ist die angewandte Mikroökonomie in den Bereichen Arbeit, Familie und Gesundheit. Er kritisiert nachhaltig den erschwerten Zugang der Forschung zu den heimischen Gesundheitsdaten.



Foto: © JKU Linz

Links und
Quellen:

Brocks Panorama

Aktuelles aus der internationalen Welt der Gesundheitswirtschaft

**WHO**

Zukunft der Gesundheit ist digital

Im Rahmen der 79. UN-Vollversammlung in New York stellten WHO-Generaldirektor Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus und die Generalsekretärin der Internationalen Fernmeldeunion (ITU) Doreen Bogdan-Martin einen gemeinsamen Bericht über die Dringlichkeit von weltweiten Investitionen in Digital Health vor. Die klassische Telemedizin, aber auch mobile Gesundheits-Anwendungen sowie Gesundheits-Chatbots bergen das Potenzial, innerhalb der nächsten zehn Jahre weltweit zwei Millionen Menschen vor dem Erwerb nicht-übertragbarer Erkrankungen (NCD) zu schützen. Zusätzlich könnten sie schätzungsweise sieben Millionen Notfälle und Hospitalisierungen vermeiden helfen. Die dafür notwendigen Investitionen werden auf eine Milliarde US-Dollar pro Jahr geschätzt, was etwa 0,05 Prozent der globalen Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung entspricht.



Foto: © Benoit Tessier / REUTERS / picturedesk.com

**WHO-GD
Tedros Adhanom
Ghebreyesus**

Foto: © FOTOKERSCHI.AT / APA / picturedesk.com

**EUROPÄISCHE UNION**

Disziplinarstrafe für impfkritischen Arzt gerechtfertigt

Die Österreichische Ärztekammer für Steiermark und Kärnten verhängte eine Disziplinarstrafe gegen einen Grazer Arzt, der auf seiner Homepage über „Ganzheitsmedizin“ einen „Ketzer-Essay“ über den Tod eines Mädchens durch die Folgen eines Zeckenbisses veröffentlicht hatte. Bakterien und Viren könnten keine Krankheiten verursachen, so der Arzt. Impfungen könnten daher nicht schützen, sondern machten selbst krank. Die Ärztekammer verhängte daraufhin eine Disziplinarstrafe, gegen die der Arzt bis zum Verfassungsgerichtshof Einspruch einlegte. Nun wies auch der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) in Strassburg die Beschwerde des Arztes ab. Zur Begründung erklärten die Straßburger Richter, der Arzt habe sich einseitig negativ über Impfungen geäußert. Die Inhalte seien nicht belegt gewesen und hätten nicht dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprochen. Damit habe er die Belange des öffentlichen Gesundheitsschutzes untergraben. Gemessen daran sei die vergleichsweise geringe Disziplinarstrafe angemessen und das Grundrecht der Meinungsfreiheit nicht verletzt, urteilte der EGMR.

Den alternativen Forschungspreis für Medizin gewann heuer ein Team aus Deutschland, Belgien und der Schweiz, welches mithilfe von funktioneller MRT-Bildgebung bestimmter Hirnareale nachweisen konnte, dass ein Placebo besser wirkt, wenn es leicht schmerzvolle Nebenwirkungen auslöst. Der Ig-Nobelpreis (engl.: ignoble) wird am MIT der Harvard-Universität übergeben, um wissenschaftliche Leistungen zu ehren, die „Menschen zuerst zum Lachen, dann zum Nachdenken bringen“. In der Kategorie Anatomie zeichneten die Initiatoren Wissenschaftler aus Frankreich und Chile aus, die untersucht haben, in welche Richtung Haarwirbel bei Menschen auf der Nord- beziehungsweise Südhalbkugel mehrheitlich ausgerichtet sind. Der Preis für Physiologie wurde für die Entdeckung vergeben, dass viele Säugetiere auch über den Anus atmen können. Die traditionelle Schlussformel der Verleihung lautet: „Wenn Sie dieses Jahr keinen Preis gewonnen haben – und mehr noch: Wenn sie dieses Jahr einen gewonnen haben –, mehr Erfolg im nächsten Jahr!“

**USA**

Ig-Nobelpreis zum 34. Mal vergeben

Den alternativen Forschungspreis für Medizin gewann heuer ein Team aus Deutschland, Belgien und der Schweiz, welches mithilfe von funktioneller MRT-Bildgebung bestimmter Hirnareale nachweisen konnte, dass ein Placebo besser wirkt, wenn es leicht schmerzvolle Nebenwirkungen auslöst. Der Ig-Nobelpreis (engl.: ignoble) wird am MIT der Harvard-Universität übergeben, um wissenschaftliche Leistungen zu ehren, die „Menschen zuerst zum Lachen, dann zum Nachdenken bringen“. In der Kategorie Anatomie zeichneten die Initiatoren Wissenschaftler aus Frankreich und Chile aus, die untersucht haben, in welche Richtung Haarwirbel bei Menschen auf der Nord- beziehungsweise Südhalbkugel mehrheitlich ausgerichtet sind. Der Preis für Physiologie wurde für die Entdeckung vergeben, dass viele Säugetiere auch über den Anus atmen können. Die traditionelle Schlussformel der Verleihung lautet: „Wenn Sie dieses Jahr keinen Preis gewonnen haben – und mehr noch: Wenn sie dieses Jahr einen gewonnen haben –, mehr Erfolg im nächsten Jahr!“



Foto: © Kepler Universitätsklinikum

Dr. **HEINZ BROCK** ist emeritierter Ärztlicher Geschäftsführer des Kepler Universitätsklinikums und Kongresspräsident des Österreichischen Gesundheitswirtschaftskongresses ÖGWK. heinz@heinz-brock.at



Foto: © Steven Semne / AP / picturedesk.com

**Ig-Nobelpreisfeier
für Physiologie**

Aufbruch im Land der Morgenstille

In Südkorea haben im Frühjahr 90 Prozent aller Jungärzte gekündigt. Die Gründe sind nicht alltäglich: Sie protestieren gegen die 60-prozentige Ausweitung der medizinischen Studienplätze.

Von Heinz Brock

In der Heimat von Samsung, LG und Hyundai ist die Internetgeschwindigkeit weltweit die höchste. Südkorea gilt nicht umsonst als eines der technologisch fortschrittlichsten Länder der Welt. Die Lebenserwartung ist hoch und die Fertilitätsrate niedrig. Die Bevölkerung überaltert in rasantem Tempo. Das Land hat ein hocheffizientes und effektives Gesundheitssystem aufgebaut, das von den Menschen in einem unvergleichlich hohen Maße in Anspruch genommen wird. Obwohl der Gesundheitszustand der koreanischen Bevölkerung keineswegs schlechter ist als der der österreichischen, werden Ärzte individuell wesentlich häufiger konsultiert. Die große Präferenz der Koreanerinnen und Koreaner für Gesundheit und Gesundheitsleistungen wird aber durch eine vergleichsweise geringe personelle Ausstattung mit Fachpersonal bedient

– die Ärztedichte ist zum Beispiel nur knapp halb so groß wie in Österreich. Das Institut für Gesundheit und Soziales schätzt, dass infolge der demografischen Entwicklung bis 2035 mehr als 27.000 Ärzte in Südkorea fehlen werden. Besonders groß ist der Ärztemangel außerhalb der Metropolen. In vielen ländlichen Regionen ist es üblich, dass Pflegekräfte Rezepte ausstellen oder einfache medizinische Eingriffe vornehmen. Es fehlt an Ärzten.

Ausbildungsoffensive und Kündigungswelle

Der Plan des Präsidenten Yoon Suk-yeol ist nicht abwegig, dem vermeintlichen Ärztemangel durch eine Erhöhung der jährlichen Zulassungen zum Medizinstudium von 3.000 auf 5.000 Plätze zu begegnen. Die Reaktion der Ärzteschaft darauf erfolgte in einzigartiger Vehemenz: Über 90 Prozent der 13.000



Empörung. Ein Arzt mit Maske protestiert gegen die jährliche Zulassungsquote an Südkoreas medizinischen Universitäten.

KOREA Government

EJECTS

VITAL DOCTORS

Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung kündigten aus Protest ihren Job. Streiken dürfen Ärzte in Südkorea nicht, deshalb haben sie ihre Stelle aufgegeben. Mit dem Ausstand von etwa neun Prozent der praktizierenden Ärzteschaft geriet die Gesundheitsversorgung in eine schwere Krise. Vor allem in den großen Krankenhäusern machte sich das Fehlen der Jungärzte bemerkbar, da nun Fachärzte die Aufgaben der Assistenzärzte übernehmen mussten. Lange Wartezeiten und Überlastung des verbliebenen Personals sind die spürbaren Folgen.

Die Protestierenden führen durchaus plausible Argumente an, wenngleich ihr kompromissloses Vorgehen doch eher an den Geist ostasiatischer Kampfsportarten erinnert. Die Aufstockung der Studierendenzahlen würde erst mit einer Latenz von zehn Jahren versorgungswirksam werden können und löse damit keine derzeitigen Probleme. Die Knackpunkte lägen hauptsächlich darin, dass das koreanische Gesundheitssystem Krankenhausleistungen so billig anbietet, dass die Menschen sie bei jeder Bagatellerkrankung nutzen.

Damit fordert die koreanische Ärzteschaft eine Maßnahme, welche auch von der österreichischen Ärztekammer derzeit als Ausweg aus der Misere propagiert wird, nämlich die Patientenlenkung. Eine solche ist da wie dort kaum systemwirksam, da der Zugang zu allen Gesundheitseinrichtungen durch eine einheitliche Pflichtversicherung nahezu uneingeschränkt möglich ist und die Gatekeeping-Funktion von keiner Berufsgruppe oder Institution wahrgenommen wird. Folglich müssen die Menschen selbst ihren Weg zum „Point of Service“ finden und steuern häufig als erstes die Krankenhäuser an. Wem das österreichische Gesundheitssystem als zu krankenhaushastig erscheint (was es nach Meinung vieler Experten wohl auch ist), der mag einen staunenden Blick auf die doppelt so hohe Spitalsbetten-dichte in Korea werfen. Die dortigen Krankenhäuser werden größtenteils von privaten Trägern betrieben und rechnen über Einzelleistungsvergütung mit der National Health Insurance (NHI) ab. Eine Vergütung über ein Diagnose-bezogenes Schema (DRG) erfolgt nur bei sieben Krankheits-Kategorien. Gegen eine Ausweitung des DRG-Modells wehren sich die privaten Betreiber standhaft. Weiters werden 17 diagnostische Kategorien der Langzeitpflege als Tagsätze vergütet. Diese Finanzierungsformen münden in eine durchschnittliche Krankenhaus-Verweildauer von exorbitantem Ausmaß.

Die NHI, in der seit 2000 alle Versicherungen zu einem einzigen Finanzier mit einheitlicher Versichertenstruktur und einheitlichem Leistungspaket zusammengefasst sind, schreibt allen Gesundheitsdienstleistern verbindliche Tarife vor. Diese sind allerdings nicht kostendeckend, weshalb sich die privaten Anbieter genötigt sehen, Behandlungen durchzuführen, welche nicht im Versicherungskatalog enthalten sind. Auch die allgemein üblichen privaten Zuzahlungen, die koreanische Haushalte erheblich belasten, sind für außertarifliche Gesundheitsleistungen nicht limitiert und können für sozial schwächere Bevölkerungsschichten zu einer existenziellen Bedrohung werden.

Lockende Privatleistungen

Für das Einkommen der Ärztinnen und Ärzte wiederum sind die privat zu bezahlenden Behandlungen eine essenzielle Quelle, wofür auch innovative Angebote entwickelt werden. Deshalb drängen viele junge Mediziner in die einträgliche Schönheitschirurgie, während Fächer wie Kinderheilkunde oder die Notfallmedizin kaum Nachwuchs finden. Allein in Seoul praktizieren

GESUNDHEITSSYSTEME IM VERGLEICH	Jahr	KOR	AUT
Bevölkerungszahl (Mio)	2022	51,63	9,05
BIP per capita (USD PPP)	2023	54.058	73.744
Lebenserwartung (in Jahren bei Geburt)	2021	83,8	81,3
Gesundheitsausgaben (in % BIP)	2023	9,9	11
öffentlich (in % BIP)	2023	6,2	8,5
privat (in % BIP)	2023	3,6	2,5
Gesundheitsausgaben pro Kopf (USD PPP)	2023	5.006	7.811
öffentlich (USD PPP)	2023	3.164	6.026
privat (USD PPP)	2023	1.842	1.785
Finanzierung der Gesundheitsausgaben (in % der Gesamtausgaben)			
Steuern	2022	17,7	35
Pflichtversicherung	2022	46,4	42,6
Privatversicherung	2023	6,5	6,7
Private Zuzahlungen (OoP) in % der gesamten Gesundheitsausgaben	2023	30,3	16,1
Krankenhausbetten (pro 1.000 EW)	2022	12,84	6,71
öffentliche Krankenhausbetten (pro 1.000 EW)	2022	1,22	4,55
private gemeinnützige Kranken- hausbetten (pro 1.000 EW)	2022	11,62	1,1
private gewinnorientierte Kranken- hausbetten (pro 1.000 EW)	2022	0	1,05
durchschnittl. KH-Verweildauer (Tage)	2022	19,6	8,5
Ärztliches Personal (pro 1.000 EW)	2022	2,52	5,4
Pflegepersonen und Hebammen (pro 1.000 EW) (plus Hebammen)	2022	8,91	7,02
CT (pro 1 Mio. EW)	2022	44,45	28,39
MRI (pro 1 Mio. EW)	2022	37,46	26,4
PET (pro 1 Mio. EW)	2022	3,37	2,54
Ärztliche Konsultationen (pro Jahr und EW)	2022	17,5	12,4

Datenquelle: OECD Health Statistics 2024



Foto © JUNG YEON-IE / AFP / picturedesk.com

Unnachgiebig.

Passagiere verfolgen an einem Bahnhof in Seoul die Rede des Präsidenten Yoon Suk-yeol zur Gesundheitsreform. Er kritisiert das „Kartell“ der Mediziner.

2.000 plastische Chirurgen – zwanzig Prozent der Südkoreanerinnen und Südkoreaner haben sich bereits einer plastischen Operation unterzogen, der am häufigsten durchgeführte Eingriff ist die Blepharoplastik. Weniger lukrative Fächer, die ein hohes Risikopotenzial für Behandlungskomplikationen und -fehler bergen, werden in der Berufswahl gemieden. Die große Anspruchshaltung der koreanischen Patienten äußert sich auch in einer hohen Klagerate für Behandlungsfehler: Diese ist 15 mal höher als in Japan und 566 mal höher als in Großbritannien.

Ein attraktiver, wiewohl anspruchsvoller Beruf mit überdurchschnittlichem Einkommen kann also rasch unattraktiv werden, wenn der private Sektor mit besseren Arbeitsbedingungen und höheren Einkommensmöglichkeiten lockt. Allerdings scheint der Markt für Privatmedizin in Korea nicht unbegrenzt aufnahmefähig zu sein. Der Mediziner-Verband KMA und andere Lobbygruppen finden, dass Korea genug Ärzte hat. Bereits im Jahr 2000 verhinderte ein Ärzteprotest die Aufstockung der Studienplätze durch die linke Vorgängerregierung. Unter diesem Aspekt erscheint der Widerstand der Mediziner gegen die Erhöhung ihrer Anzahl rein aus Angst vor dem härteren Wettbewerb zu erfolgen. Man wird in Österreich an die vor gar nicht so langer Zeit propagierten Warnungen der Ärztekammer vor der drohenden Ärzteschwemme erinnert.

Der Konflikt der koreanischen Ärzteschaft mit der konservativen Regierung befindet sich in einer nahezu ausweglosen Eskalationsstufe. Die Positionen sind verhärtet: Die Ausschreibungsfrist für die Nachbesetzung der vakanten Assistenten-Stellen in den Krankenhäusern musste von der Regierung verlängert werden, da sich für die 7.645 Stellen nur 104 Bewerber gemeldet hatten. Die Kündigungswelle der Jungmediziner erfolgte als Reaktion auf Repressionen gegen Streikende und Funktionäre. Präsident Yoon Suk-yeol wiederum erhoffte sich mit der in der Bevölkerung sehr populären Forderung nach mehr Ärzten einen Vorteil bei den Parlamentswahlen. Die medizinischen Berufsverbände fühlen sich von der Regierung nicht ernst genommen.

Besonders unter den Ausbildungsärzten, die als billige Systemerhalter eingesetzt werden und für die Wochenarbeitszeiten von 100 Stunden nicht ungewöhnlich sind, hat sich ein beträchtliches Frustrationspotenzial aufgebaut.

Regierung baut Druck auf

Ihre Arbeitsverweigerung trifft das System daher an einer besonders vulnerablen Stelle. Die Regierung unter Präsident Yoon Suk-yeol zeigt nach wie vor keinerlei Bereitschaft, über ihren Plan zu verhandeln, und übt Druck auf Ärztevertreter und Ärzte aus, denen sie den Entzug ihrer Lizenzen androht, wenn sie nicht an ihren Arbeitsplatz zurückkehren. Da die Parlamentswahlen zudem an die liberale Opposition verloren gingen, ist der Handlungsspielraum für den konservativen Präsidenten während seiner verbleibenden Amtszeit eingeschränkt. Allerdings sieht auch der liberale Wahlgewinner keine Alternative zur Anhebung der Studienzulassungen.

In dem demokratischen Wohlstandsland Südkorea ist das Gesundheitswesen durch langjährige Verschleppung notwendiger Reformen in eine gefährliche Schieflage geraten. Eine halbe Generation junger Ärzte droht dem Staat verloren zu gehen. Eine Gesundheitsreform ohne Einbeziehung der relevanten Berufsgruppen wird in keinem Land der Welt zum Erfolg führen. Andererseits lassen sich die schlechten Arbeitsbedingungen eines Teils der Ärzteschaft auf Dauer wohl nicht ohne Erhöhung ihrer Anzahl beheben. Die wohl wichtigste Erkenntnis aus der momentanen Krisensituation im südkoreanischen Gesundheitssystem aber ist, dass die zentrale Daseinsvorsorge Gesundheit nicht dem freien Spiel eines privaten Marktes überlassen werden darf. Jede qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung hat ihren Preis. Fehlanreize in Kauf zu nehmen, um vermeintliche Einsparungen bei den Gesundheitsausgaben zu lukrieren, kann jedoch auf längere Sicht viel teurer kommen. //

Quellen und Links:



Wie Datendetektive die Patientenreise unterstützen können

Daten bieten enormes Potenzial, die Qualität und Effizienz der Patientenversorgung zu steigern. Sie müssen nur genutzt werden.

Von *Michaela Endemann-Wright*

Datendetektive gewinnen aus den riesigen Mengen an Patientendaten wertvolle Erkenntnisse. Sie analysieren historische Daten, aktuelle Behandlungsergebnisse und klinische Prozesse, um Muster zu identifizieren, die auf Verbesserungspotenziale hinweisen oder klinische Entscheidungshilfen geben.

Per Knopfdruck Hilfe

Klinische Entscheidungshilfen (CDS, Clinical Decision Support Systems) analysieren Patientendaten und können durch die Integration von Algorithmen und Machine-Learning-Techniken Muster erkennen und datenbasierte Alarme oder Empfehlungen abgeben. Klaus-Peter Adlassnig ist Gründer und Geschäftsführer des österreichischen Unternehmens Medexter: „Wir haben ein Tool zur Infektionsüberwachung am Universitätsklinikum Wien installiert, das routinemäßig eingesetzt wird. Zudem ist es immer noch zu Forschungszwecken für eine frühzeitige Warnung und Alarmierung bei Verdachtsfällen von HAI aktiv.“ Neueste Studien an einem Satz von Patientendaten aus der Intensivmedizin zeigen eine Sensitivität von 93,8 Prozent und eine Spezifität von 99,8 Prozent. Die Hürden: „Trotz der erwiesenen Wirksamkeit bei der Erkennung von HAI stehen zentrale Herausforderungen wie die Interoperabilität mit anderen medizinischen Systemen immer noch einer breiten Einführung der Systeme im Wege, obwohl wir selbst Standards wie HL7 und FHIR einsetzen.“

Diabetes im Spital managen

Diabetes ist eine häufige Begleiterkrankung, die unabhängig von der Hauptdiagnose in allen Krankenhausstationen behandelt werden muss. Ein CDSS kann bei der effektiven Blutzuckerkontrolle und Anpassung der Medikation unterstützen. Peter Beck ist Co-Founder des Grazer Start-ups Decide Clinical Software, dem es gelungen ist, das EU-weit einzige zertifizierte Medizinprodukt zur Entscheidungsunterstützung bei Diabetes zu entwickeln. „Die digitale Unterstützung berechnet auf Basis erfasster Blutzuckerwerte und Mahlzeiten mittels klinisch validierter Algorithmen Vorschläge für Dosisfindung und tägliche Therapieanpassung.“ Das Produkt habe Potenzial für den Einsatz in der mobilen Pflege.

Warum wir mehr Datendetektive bräuchten

Operational Research ist ein Bereich der Mathematik, der sich mit der bestmöglichen Annäherung an Lösungen komplexer Entscheidungsprobleme durch Optimierungsalgorithmen, datenge-



Foto: © Thebestphotoforall / Getty Images / iStock

Datensilos verbinden. Daten sind die Grundlage für Verbesserungen im Gesundheitswesen. Tools und Netzwerke müssen nach ihnen schürfen dürfen.

stützte Analysen, Simulationsmodelle und visuelle Darstellungen befasst. Seit 2014 arbeitet ein Teil der Operational Research (OR) Gruppe der Universität Cardiff im Rahmen eines einzigartigen Kooperationsprogramms eng mit dem Aneurin Bevan University Health Board (ABUHB) zusammen. Doris Behrens, Leiterin des Departments für Wirtschaft und Gesundheit der Universität für Weiterbildung Krams und langjähriges Mitglied des walisischen NHS-Teams: „Durch den vollen Zugriff auf die Daten können wir Prozesse sichtbar machen, die bisher nicht gesehen oder nicht verstanden wurden.“ Als Beispiel nennt sie die langen Wege des Pflegepersonals, etwa vom Lager oder Verbandsraum zu den Patienten, die dazu führen, dass das Pflegepersonal oft mehr als fünf km am Tag zurücklegt. Preisgekrönte Projekte wie die modellbasierte Reduktion der Wartezeiten in der Notfallversorgung, die optimierte Ablauf- und Terminplanung der Operationssäle und die proaktive Personalplanung (etabliert während der ersten und zweiten COVID-Wellen) sind mittlerweile fester Bestandteil der Planung im ABUHB. „Ich denke, dass wir mit diesen wissenschaftlichen Methoden auch in Österreich einen wirklichen Dienst am Patienten leisten können“, so Behrens. //





Das Licht und die Motten. Michael Bronstein gibt den Gründungsdirektor für das neue KI-Institut in Wien. Sein Ruf soll weitere KI-Forscher in die Bundeshauptstadt locken.

Foto: © ÖAW / Studiocohart

Ein Wiener KI-Institut von Weltrang

In Wien wurde ein neues Forschungsinstitut für KI und Biomedizin gegründet. Es erhält mit 150 Millionen Euro die größte private Forschungsförderung, die es bislang in Österreich gab – und soll damit „revolutionäre Fortschritte“ in der Biomedizin erzielen.

Von Martin Hehemann

Bei der Namensfindung sollte die KI schon mal zeigen, was sie kann. Die Künstliche Intelligenz schlug den Namen „Aithyra“ vor und lieferte gleich auch noch eine wunderbare Herleitung: Bei Aithyra handele es sich um eine Dame göttlicher Herkunft. Sie sei die Tochter von Athene, der griechischen Göttin der Weisheit, und Asclepius, des Gottes der Medizin. Das klingt so gut, dass es wahr sein könnte. Ist es aber nicht. Es ist ein reines Produkt der Fantasie – oder eben: der KI.

Göttin der Revolution

Der kreative Einsatz der KI ist in diesem Fall mehr als eine intellektuelle Spielerei. Aithyra ist der Name des neuen Forschungsinstituts für Künstliche Intelligenz in der Biomedizin, das die Ös-

terreichische Akademie der Wissenschaften (ÖAW) gemeinsam mit der gemeinnützigen Boehringer Ingelheim Stiftung gegründet hat. Die beiden Partner haben dabei Großes vor: Das neue Institut „wird über die Entwicklung KI-gestützter Forschungsansätze revolutionäre Fortschritte in der Biomedizin erzielen“, heißt es in einem Statement anlässlich der Präsentation des Vorhabens im September.

Man setze mit der Gründung „neue Maßstäbe in der Grundlagenforschung“, meint ÖAW-Präsident Heinz Faßmann. Wien werde „zu einem Zentrum der biomedizinischen KI-Forschung“. Christoph Boehringer, Vorstandsvorsitzender der Stiftung ergänzt: „Aithyra wird neue Impulse für exzellente Wissenschaft setzen und schafft Freiräume sowie beste Bedingungen für herausragende Forschende.“

Ihre selbstbewussten Worte unterstreichen die beiden Gründungsorganisationen mit einer spektakulären Personalia: Es ist ihnen gelungen, mit Michael Bronstein einen echten Superstar der KI-Forschung für Aithyra zu gewinnen. Bronstein, Professor für DeepMind an der Universität Oxford, übernimmt in der Institutsdirektion die Verantwortung für das Thema KI. Bevor er Professor in Oxford wurde, hatte er eine Professur am Imperial College London sowie Gastprofessuren in Stanford, am MIT in Boston und in Harvard – prestigeträchtigere Institutionen sind in der Wissenschaft schwer zu finden. Bronstein gilt als ausgewiesener Experte im Bereich des Machine Learning. Er besitzt große Erfahrung in der Anwendung von Forschungsergebnissen in akademischen Spin-offs und hat bereits mehrere Start-ups gegründet.

Spitzenforschung

Dieses Wissen soll er nun in Wien einbringen. Von übertriebener Zurückhaltung bei seinen Ambitionen hält er wenig: „AI wird die biologische Revolution des nächsten Jahrzehnts antreiben“, meint Bronstein. „Das langfristige Ziel ist es, die menschliche Gesundheit zu verbessern. Aithyra wird dazu beitragen, das Beste aus der Welt der akademischen Forschungslandschaft, der Wirtschaft und der Start-ups zu verbinden, indem es einen Mix aus Expert:innen aus der KI und den Lebenswissenschaften zusammenbringt.“ Sein selbstbewusstes Versprechen: „We will make Aithyra the place where magic happens.“ Eine Koryphäe ähnlichen Kalibers soll ihm dabei helfen. Ein zweiter Direktor oder eine zweite Direktorin, die das Thema Biomedizin abdeckt, wird derzeit gesucht. Anita Ender, administrative Direktorin des Forschungszentrums für Molekulare Medizin der ÖAW (CEMM), übernimmt die Geschäftsführung von Aithyra.

Das neue Institut soll Mitte 2025 seine Arbeit aufnehmen. Für ausreichend finanzielle Mittel ist dabei gesorgt: Die Boehringer Ingelheim Stiftung hat zugesagt, das Aithyra über einen Zeitraum von zwölf Jahren mit insgesamt 150 Millionen Euro zu fördern. Damit wird die Gründung und der operative Betrieb finanziert. „Das ist die größte private Forschungsförderung, die es in Österreich je gab“, meinen die Partner in ihrem Statement. Die Kosten für die Unterbringung von Aithyra werden zu zwei Dritteln vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung sowie zu einem Drittel durch eine Förderung der Stadt Wien getragen. Die Neuerrichtung des Gebäudes, in dem das Institut final ab 2029 untergebracht werden soll, übernimmt die Wirtschaftsagentur Wien. Das finale Domizil der göttlichen Dame soll am Vienna Bio Cen-



Foto: © ÖAW / Studioticketart

Zwei von Drei. Anita Ender wird als Geschäftsführerin von Aithyra die Dinge am Laufen halten. Michael Bronstein soll in Teilzeit die Forschung im Haus zu neuen Ufern treiben. Ein dritter Institutsvorstand bzw. -vorständin für Biomedizin wird noch gesucht.



Foto: © ÖAW / Neatash Unkart

Gründungsgrüner. Der Präsident des ÖAW, Heinz Faßmann und Christoph Boehringer, CEO der Boehringer Ingelheim Stiftung präsentieren die analoge Gründungsurkunde des neuen KI-Institutes.

ter Campus (VBC) in Wien Landstraße entstehen. Bis es so weit ist, wird das Institut in einem bestehenden Gebäude der Wirtschaftsagentur in unmittelbarer Nähe untergebracht werden.

Das erste seiner Art

Laut ÖAW und Boehringer Ingelheim Stiftung ist das neue Institut „das erste seiner Art in Österreich und in Europa“. Was die fiktive Tochter der Athene und des Asclepius so besonders macht: KI- und Life Science-Experten sollen im Aithyra-Institut auf eine neue Art zusammenarbeiten – und zwar, indem die KI-Spezialisten von Anfang an in die biomedizinische Forschung eingebunden sind und nicht erst wie bisher üblich erst im Anschluss.

Das gilt für medizinische Experimente ebenso wie für die Auswertung der Daten. Dazu Stephan Formella, Geschäftsführer der Boehringer Ingelheim Stiftung: „Das Ziel der Stiftung ist es, die beiden Forschungsdomänen KI und biomedizinische Grundlagenforschung in einem neuen und durch innovative Ansätze geprägten Forschungsinstitut zu verbinden.“

Die KI soll dabei helfen, ein besseres Verständnis von biomedizinischen Zusammenhängen zu erlangen. Das Ziel dabei: Erkrankungen besser verstehen, schnellere und zuverlässigere Diagnosen ermöglichen sowie die Entwicklung von Therapien für derzeit unheilbare Krankheiten unterstützen. Bei der Entwicklung von Medikamenten kann KI beispielsweise dafür genutzt werden, eine große Menge an Daten viel besser und schneller auszuwerten, als dies ein Forscher oder ein ganzes Forscherteam schaffen könnte. Die KI ist in der Lage rasch auszuwerten: Was wirkt und was wirkt nicht – und was könnte die Wirksamkeit erhöhen?

Im neuen Institut, so die Idee der Gründer, sollen sich „die besten Forschungsansätze aus der Wissenschaft, von forschenden Unternehmen und von Start-ups vereinen und sich mit universitären und außeruniversitären Wissenschaftseinrichtungen im In- und Ausland vernetzen“. Dabei bekennt man sich dezidiert zu einem transparenten Umgang mit den Forschungsergebnissen: Es ist geplant, dass sie allen Forschenden weltweit nach dem Open-Access-Prinzip zugänglich sind.

Die Boehringer Ingelheim Stiftung grenzt sich hier durchaus von der Pharmaindustrie ab: „Als Gesellschaft sollten wir uns fragen, ob es hilfreich ist, wenn hocheffektive AI-Forschung gerade im Kontext der Lebenswissenschaften primär in privaten Unternehmen durchgeführt wird oder eingebunden in die öffentliche Forschung in universitären oder außeruniversitären Forschungskontexten“, mein Geschäftsführer Formella. „Aus diesen Überlegungen engagieren wir uns als gemeinnützige Stiftung für die Förderung dieses Bereichs in Europa.“

In Wien ist man stolz, dass die deutsche Stiftung sich als Partner bei der Gründung von Aithyra ausgerechnet für die ÖAW entschieden hat. Die Österreicher haben sich in einem umkämpften Auswahlverfahren gegen eine ganze Reihe anderer Kandidaten aus dem deutschsprachigen Raum durchgesetzt. Und dabei war es weniger der Wiener Charme, der hier den Ausschlag gab, sondern harte Argumente: „Die Standorte haben jeweils Konzepte ausgearbeitet, und in einem mehrstufigen Verfahren hat sich der Vorstand der Stiftung nach intensiven Diskussionen entschieden“, schildert Geschäftsführer Formella. „Über alle Parameter gesehen, bietet Wien sehr vielversprechende Erfolgsaussichten.“ Was ganz besonders für den Standort Wien spricht: „Das dynamische Life Sciences Umfeld im universitären und außeruniversitären Forschungskontext.“ //

Quellen und Links:



JOHNSON & JOHNSON PODIUMSDISKUSSION

Verliert Österreich den Anschluss bei Forschung und Zugang zu innovativen Therapien – insbesondere bei seltenen Erkrankungen?

Mitte Oktober diskutierten fünf Experten den Wert medizinischer Innovation für Österreich hinsichtlich medizinischer Forschung und Versorgung, Volkswirtschaft, Standortpolitik und Ethik.



Die Expertenrunde beim „Die Presse Branchentalk“ (vlnr): Moderatorin Eva Komarek, Die Presse, Dr. Christian Gruber-Ghielmetti, Medical Affairs Director J&J Innovative Medicine Austria, Assoc. Prof. Priv. Doz. Dr. Till Voigtländer, Medizinische Universität Wien, Koordinator des europäischen Netzwerks JARDIN, Dr. Christiane Druml, Vorsitzende der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt und Dr. Alexander Biach, Generaldirektor der Sozialversicherung der Selbständigen.

„Die Versorgung mit medizinischen Innovationen muss gesichert werden, da sie Mehrwert für Patienten UND die Gesellschaft bringen. Marktreife, zugängliche Arzneimittel refinanzieren neue Innovationen in der Forschung“, erklärt Gruber-Ghielmetti. „Der hohe Qualitätsstandard besonders bei Präzisionsmedizin oder Rare Diseases muss erhalten bleiben. Dies bedarf eines Wandels vom primären Kostenfokus zur Wert-Thematik.“

Wie können Industrie, Politik, Kostenträger, Gesundheitsdienstleister und andere Stakeholder im Gesundheitssystem ein Mehr an gesunden Lebensjahren für die Gesellschaft erreichen?

Wie bleibt Österreich als Forschungsstandort attraktiv, wenn der (zeitgerechte) Zugang zu innovativen Arzneimitteln erschwert wird?

Antworten und Positionen: Scannen Sie bitte den QR-Code!



ÜBER J&J INNOVATIVE MEDICINE AUSTRIA

- Top 3 Pharmaunternehmen in Österreich mit >150 Mitarbeitenden
- 28 lokale klinische Studien (2023)
- Portfolio: Seltene Erkrankungen bis Volkskrankheiten bei Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen
- ca. 11 Mrd USD R&D-Investition J&J Global Pharma (ca. 22% des Umsatzes 2023)

Johnson & Johnson

Foto: © „Die Presse“/Mirjam Reither

AT_CP_481319

Engeltliche Einschaltung



Das Universitätsklinikum Köln ist von der Abkündigung von IS-H betroffen und muss seine stationäre und ambulante Abrechnung sowie die Patientenaufnahme künftig in einem anderen System abbilden. Das wird ORBIS übernehmen, weshalb das System nun schrittweise komplett neu aufgesetzt wird.

HOMOGENISIERUNG ALLER PROZESSE VON DER AUFNAHME BIS ZUR ABRECHNUNG

Die IT-Landschaft des Universitätsklinikums Köln (UKK) ist sehr heterogen. Insgesamt betreibt die uk-it, die interne IT-Abteilung des Hauses, mehr als 500 IT-Systeme mit einer hohen Zahl an Sonderfällen. Dazu zählen allein drei Krankenhaus-Informationssysteme, unter anderem ORBIS. Zudem steigen die Anforderungen an die IT, da fast alle Zukunftsthemen für das Universitätsklinikum direkt oder indirekt mit IT zusammenhängen. Das zeigt

sich besonders momentan, wie IT-Direktor Martin Overath sagt: „Wir haben noch nie so viele IT-Projekte gleichzeitig bearbeitet, was auch am Krankenhauszukunfts-gesetz liegt.“

Besonders stark treibt ihn die Abkündigung der Branchenlösung IS-H durch SAP Ende 2027 um. Das UKK muss die aktuell in IS-H abgebildeten Funktionalitäten – insbesondere die stationäre und ambulante Abrechnung – künftig in an-

deren Systemen abbilden. Das soll ORBIS übernehmen. Um dieses Mammutvorhaben professionell zum Erfolg zu führen, wurde das Projekt PRO-ORBIS ins Leben gerufen.

KIS-Erweiterung als Mammutprojekt

Das KIS von Dedalus HealthCare – 2003 eingeführt – übernimmt heute bereits die medizinische Basisdokumentation, das Order-Entry vieler Funktionsstellen, die OP-Planung und -Dokumentation, die Arztbriefschreibung, einen Großteil der Leistungserfassung und ist für die Telematikanbindung hauptverantwortlich. Integriert im Krankenhaus-Informationssystem (KIS) ist auch das ORBIS RIS. „Im Rahmen von PRO-ORBIS wollen wir eine verbesserte Dokumentation von der Aufnahme bis zur Abrechnung schaffen und so die Abläufe an der Uniklinik Köln insgesamt auf ein höheres Niveau heben“, so Overath. Am 1. Januar 2026 soll das erweiterte System dann in den Echtbetrieb gehen.

Um die KIS-Erweiterung händeln zu können, haben die Verantwortlichen das Projekt in 30 Teilprojekte gesplittet. „Da sich das Organisationsmodell von ORBIS bisher stark an SAP orientiert und beispielsweise alle Ambulanzen in derselben Organisationseinrichtung gesammelt sind, müssen wir alles neu konzipieren, damit wir ORBIS sinnvoll für vielfältigste Verbesserungen nutzen können. Das gesamte Rechte- und Rollenkonzept wird neu aufgebaut, unsere Medizinischen Versorgungszentren werden als separate Mandanten eingerichtet, um Datenschutzerfordernungen gerecht zu werden, alle Schnittstellen zu den Subsystemen werden neu aufgebaut“, nennt Overath ein paar Herausforderungen bei der Neuausrichtung des KIS.

„ICH SEHE DEDALUS HEALTHCARE ALS STRATEGISCHEN PARTNER UND ORBIS ALS EINE ZENTRALE SÄULE UNSERER DIGITALEN TRANSFORMATION.“

Martin Overath, IT-Direktor Universitätsklinikum Köln

Damit das gelingt, hat er seinen dafür wichtigsten IT-Partner frühzeitig mit an Bord genommen. „Ich sehe Dedalus HealthCare als strategischen Partner und ORBIS als eine zentrale Säule unserer digitalen Transformation: Die können wir nur gemeinschaftlich stemmen. Das Unternehmen hat sein Know-how bereits bei ähnlichen KIS-Umstellungen in anderen Universitätskliniken unter Beweis gestellt“, so der IT-Direktor.

Durchgehende Prozesse gewünscht

Bereits vor der IS-H-Abkündigung hat sich das UKK mit einem stufenweisen Relaunch von ORBIS beschäftigt. Im ersten Schritt sollte die Aufnahme in ORBIS durchgeführt werden, was sich nach Evaluierung aber als nicht ausreichend erwies. Nach der SAP-Mitteilung hieß es dann, neu zu überlegen, was zu tun ist. Zuerst gab es noch das Angebot seitens SAP, Services für die Abrechnung bereitzustellen –, was jedoch zurückgezogen wurde. Eine in sich abgeschlossene Dokumentation mit vielen unterschiedlichen Kom-

ponenten durchzuführen, ist schwierig. So entstand der Entschluss, ORBIS entsprechend auszubauen und auf ein deutlich höheres Niveau zu heben: „Wir führen schrittweise die digitale Ambulanz ein und setzen mithilfe einer Vorlage von Dedalus HealthCare die Arztbriefschreibung neu auf“, so Overath.

Ein weiterer Vorteil von PRO-ORBIS ist, dass damit die Herausforderung der IS-H-Schnittstelle, eine der größten und aufwendigsten, entfällt. Im klinischen Alltag gab es Beschränkungen, die teilweise zu Erlösrisiken führten, beispielsweise erfolgte die Benachrichtigung über eine Chefarztbehandlung in bestimmten Konstellationen erst verzögert. Ein weiteres Erlösrisiko lag in einer überdurchschnitt-

lich hohen Zahl an Falschuordnungen von Leistungen zu aktuellen Fällen. Ein Beispiel ist, dass Leistungen auf alten ambulanten Fällen angefordert werden. „Wir müssen also sicherstellen, dass insbesondere die Aufnahme gut läuft, dass die Nachfolgeprozesse wie das Order-Entry sauber laufen, dass Leistungen über Schnittstellen verlässlich und fehlerfrei übertragen werden und das auch überprüft wird“, beschreibt Overath ein paar Herausforderungen im Projekt PRO-ORBIS.

In diesem Kontext hält er ein realistisches Anforderungsmanagement seitens der Anwender für ausgesprochen wichtig. Oberstes Ziel seien erfolgreiche Projekte, die dann auch zu spürbaren Verbesserungen im Gesamtablauf der Uniklinik Köln führen sollen. „In der Vergangenheit haben wir zu viele Ressourcen in die Realisierung von Individualentwicklungen investiert und zu wenige in übergreifende Prozesse“, bemerkt der IT-Direktor selbstkritisch. „Genau dort liegt für uns jedoch riesengroßes Potenzial. Um das vorzubereiten, passen wir gerade die Strukturen an, etwa mit einem verstärkten Ausbau der Key-User-Struktur.“

Alle müssen mitmachen

Mit den ganzen getroffenen Maßnahmen ist sich Overath sicher, dass sich die positiven Effekte der Homogenisierung aller Prozesse von der Aufnahme bis zur Abrechnung – nach der einen oder anderen Nachjustierung – schrittweise einstellen werden. Aber auch nach Projektende 2026 rechnet er mit vielen weiteren Maßnahmen zur Optimierung.

Grundlage für die stationäre Abrechnung ist nach der ORBIS-Umstellung der DRG Workplace, für den ambulanten Bereich das Ambulanz-Cockpit. „Richtig eingestellt werden dort bereits alle wesentlichen Maßnahmen erfasst und samt interner Leistungen automatisiert zur Abrechnung weitergeleitet. Für die stationäre Abrechnung erwarte ich mir eine deutlich verbesserte Prozesssicherheit. In der Folge wird es weitere Verbesserungen geben müssen, damit möglichst alle relevanten Dokumentationen wie beispielsweise OP-Berichte und Arztbriefe zeitnah erstellt werden. Ich bin mir sicher, dass wir damit Verbesserungen in der Behandlungsqualität erreichen und auch wirtschaftlich positive Effekte spüren werden“, sagt Martin Overath.

www.dedalusgroup.at



Gipfeltreffen. Präsident Heinz Brock empfängt Gesundheitsminister Johannes Rauch zum 14. ÖGWK.

NEUE WEGE FÜR ALTE ZIELE

Die Vorbereitungen für den 15. Österreichischen Gesundheitswirtschaftskongress laufen schon auf Hochtouren. Die Herausforderungen an das Gesundheitssystem haben sich nicht verändert. Daher braucht es jetzt andere Lösungen.

Der 14. Österreichische Gesundheitswirtschaftskongress ist vorbei. Der anstehende ÖGWK ist in Planung. Das Kongresspräsidium mit Heinz Brock, emeritierter medizinischer Vorstand des Kepler Universitätsklinikums, Susanne Herbek, ehemalige Chefärztin im Fonds Soziales Wien und SeniorInnenbeauftragte der Stadt Wien, und der neu dazugestoßenen Romana Ruda vom Future Health Lab, blickt bereits auf etliche Brainstorming-Sitzungen zurück. „Die Probleme des Gesundheitssystems sind immer noch ungelöst. Damit bleiben auch unsere Themen die alten“, beschreibt Heinz Brock Rahmenbedingungen, die man gutmeinend als stabil bezeichnen kann. Wenn aber die bisherigen Lösungsansätze versagen, brauche es „neue Erklärungen und Blickwinkel“. Aus dieser Perspektive ist auch das Leitmotiv des 15. Österreichischen Gesundheitswirtschaftskongresses zu sehen: „Neue Wege für alte Ziele“.

Eine Frage der Näherung

Ein Beispiel für ein hinlänglich diskutiertes Problem sind die demografischen Herausforderungen für das Gesundheitssystem. Heinz Brock: „Wir wollen nicht länger über zerredete Begründungen wie Pensionswelle, erhöhte Bedürftigkeit und Work Life Balance diskutieren. Unsere Vortragenden sollen im Juni neue Lösungsansätze für bekannte Herausforderungen wagen.“ Namen will der Kongresspräsident noch keine

nennen. Damit Veränderung auch passiert, will Brock in den Debatten mehr Mut einfordern. „Es gibt keine garantierten Lösungen, sonst hätten wir sie schon gefunden.“ Daher muss Risiko erlaubt werden: „Wir müssen mehr erproben und versuchen.“ Die Stakeholder des heimischen Gesundheitssystems bräuchten „Vertrauen in die gemeinsamen Ziele“. Dafür sei ein gewisser Langmut notwendig – in der Politik und unter Wählern ein rares Gut. Aber: Eine sofortige Wirksamkeit von Maßnahmen sei in einem solidarischen Gesundheitssystem „eine Illusion“, so Brock.

Mehr Einbindung

Der Kongress 2024 bot ein Programm mit rund 80 Vortragenden. Das Präsidium beabsichtigt, dieselbe Dichte an Kompetenz auch beim 15. ÖGWK vorzuweisen. Bewährt hat sich das Konzept, das Format der Experten- und Publikumsdiskussionen zu forcieren. Einzelvorträge und Powerpoint-Präsentationen werden gering gehalten, die Diskussion ausgebaut. Dadurch soll die Einbindung der Zuhörer in Inhalte und Vorträge intensiver werden – was sich beim 14. ÖGWK bereits bewährt hat.

Ein Kongress verlangt zudem nach einem gesellschaftlichen Höhepunkt: Am Abend des ersten Kongresstages wird eine Abendveranstaltung für notwendige Gespräche abseits des Arbeitsalltags sorgen. Die Vermischung beruflicher und privater Themen ist dabei durchaus erwünscht.

FAKTEN UND ADRESSEN

15. Österreichischer Gesundheitswirtschaftskongress
12. und 13. Juni 2025

Veranstaltungsort:

Hotel Savoyen,
Rennweg 16, 1030 Wien

Hintergrund:

Seit 2020 ist der Österreichische Gesundheitswirtschaftskongress Teil der Unternehmungen des Springer Medizin-Verlages. Das Schwesternmagazin „ÖKZ“ flankiert im Printbereich das Engagement des Wissenschafts- und Fachverlages.

Bilder, Videos und Referate sind abzurufen unter:

➔ www.oegwk.at

Die sozialen Medien liefern laufend unter dem Hashtag #oegwk Informationen zu Referenten und Themen:

➔ www.linkedin.com/company/oegwk



DIGITALE INNOVATION IM GESUNDHEITSWESEN

Transformation. Digitale Innovation ermöglicht generell individuellere Kundenservices. Betreuungsintensive Bereiche wie Spitäler oder Pflegeeinrichtungen profitieren zudem von vernetzten Informationsketten und Wertschöpfungsprozessen.

Das Gesundheitswesen ist eine Branche, die laufend mit den Themen Verbesserungspotenzial für Patienten und Personal bei gleichzeitiger Kostenoptimierung verbunden wird. Experten sehen in der Verwaltung und bei Betreibern von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen umfangreichen Bedarf zur Optimierung der gesamten medizinischen Leistungskette.

Ähnlich wie die Wirtschaft durchlebt auch das Gesundheitswesen derzeit die Transformation hin zu digitalen Prozessen. Für die Spitalsbetreiber und die öffentliche Verwaltung bedeutet dies, neue Prozessabläufe zu entwickeln oder vorhandene anzupassen. Die Branche kann dafür auf ganzheitliche Krankenhausinformationssysteme (KIS) und spezielle Softwarelösungen zurückgreifen. Der zunehmende Einsatz mobiler Arbeitsgeräte muss dabei ebenso integriert werden und damit auch ein sicheres und jederzeit verfügbares Datenmanagement.

Konzernbetrieb Krankenhaus

Von den Dimensionen her sind Krankenhäuser und Pflegezentren absolut mit großen Unternehmen vergleichbar und dafür ist die Steiermärkische Krankenhausanstaltengesellschaft (KAGes) ein gutes Beispiel: 23 Standorte mit unterschiedlichen Behandlungszentren, über 17.000 Mitarbeiter:innen, über 15.000 Computergeräte, ein vernetztes und hochsicheres Datenmanagement für ein abteilungs- und standortübergreifendes Management der diversen Behandlungs- und Prozessketten.

Neben der klassischen Digitalisierung unterschiedlicher Prozessabläufe spielt bei der KAGes auch Innovation eine große Rolle. In einem aktuellen Projekt zeigen

die KAGes und der Implementierungspartner CANCOM Austria, wie moderne mobile Visitationsgeräte die Patientenversorgung umfassend verbessern können. Der vom Unternehmen Alphatron Medical entwickelte mobile Visitationswagen (AMiS) unterstützt die tägliche Arbeit von Ärzten und Pflegekräften und bringt dabei mehrere Vorteile mit sich.

Die KAGes und der Implementierungspartner CANCOM Austria zeigen, wie moderne mobile Visitationsgeräte die Patientenversorgung umfassend verbessern können.

Mittels eines integrierten Computers erfassen Ärzte und Pflegekräfte einmal alle relevanten Informationen direkt am Patientenbett. Die eingegebenen Daten werden dabei automatisiert und in Echtzeit in die elektronische Patientenakte übertragen. „Unleserliche Handschriften, verlorene Notizen oder doppelte Dateneingaben und zeitraubende Transkriptionen gehören endgültig der Vergangenheit an“, sagt Christoph Schreiner, Sales Expert Digital Health, CANCOM Austria AG.

Individuellere Betreuung

Der daraus ebenso resultierende Zeitgewinn kommt direkt den Patienten zugute. Ärzte und Pflegekräfte können sich nun durch informative wie einfühlsame Gespräche und intensivere Pflege noch

individueller der menschlichen Betreuung widmen. Die neuen Visitationswagen sind zudem auch umfangreiche Kommunikationszentren. Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten sind allesamt Beteiligte am Behandlungsprozess – und sie alle haben nunmehr mobil und in Echtzeit Zugriff auf die aktuellen Patientendaten. „Missverständnisse und Verzögerungen

bei der Informationsübermittlung gehören nun ebenso der Vergangenheit an. Diese reibungslose Kommunikation und Zusammenarbeit aller Beteiligten ist für eine optimale Patientenversorgung unerlässlich“, betont Schreiner von CANCOM Austria.

CANCOM Austria ist als Integrationspartner für die Implementierung der von Alphatron Medical entwickelten Lösung in der IT-Infrastruktur der KAGes verantwortlich und das inkludiert alle Standorte des Steirischen Betreibers für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen.

www.cancom.at

www.kages.at

CANCOM



Foto: © WU Wien

FH Wr. Neustadt: Mit Augmented Reality gegen den Pflegeengpass

Mobile Pflegekräfte sollen bei komplizierten Wundbehandlungen sofort fachlichen Rat einholen können. Das ist das Ziel des Fernunterstützungsservices „Remote Care Assist“ (RCA), das über ein Care Expert Center (CXC) koordiniert wird. Diese Technologie ist das Ergebnis des europäischen Projekts „Care about Care“, das von der FH Wiener Neustadt in Zusammenarbeit mit der WU Wien geleitet wurde. Im Rahmen des Projekts wurde die an der FHWN programmierte Smartphone-App sowie die HoloLens-Datenbrille über einen Zeitraum von rund fünf Monaten in Österreich und Luxemburg getestet. Insgesamt nahmen in Österreich rund 265 Personen aktiv an den Tests der Smartphone-App teil. Aktuell wird das RCA-Smartphone-App im Rahmen des Forschungsprojekts „24/7-Digital“ der FHWN gemeinsam mit Partnerorganisationen für ein 24h-Betreuungs-Szenario weiterentwickelt.

MedUni Wien: Gleichenerfeier des Neubaus „Center for Translational Medicine“

Mitte Oktober wurde die Gleichenerfeier für das Center for Translational Medicine (CTM) begangen. Damit kommen AKH Wien und MedUni Wien der Fertigstellung einer der modernsten Forschungsinfrastrukturen am Medizinstandort Österreich einen Schritt näher. Das CTM umfasst 26.289 m² und stellt eine Brücke zwischen Grundlagenforschung und klinischer Anwendung dar. Das Institut ist auf die Entwicklung neuer Arzneimittel unter GMP-Bedingungen ausgerichtet. Das Center for Translational Medicine soll bis 2025 fertiggestellt werden.



Foto: © Zoom VP

UMIT: Neue Präsidentin der SMDM kommt aus Tirol

Die Assoziierte Professorin Beate Jahn vom Department für Public Health, Versorgungsforschung und Health Technology Assessment (HTA) der Tiroler Privatuniversität UMIT TIROL wurde zur Präsidentin der Society for Medical Decision Making (SMDM) gewählt. Die Society for Medical Decision Making ist mit weltweit eine der wichtigsten internationalen Fachgesellschaften, die sich mit medizinischer Entscheidungsfindung und Gesundheitsversorgung auseinandersetzt. Bereits im Mai wurde der Leiter des UMIT-Departments für Public Health, Versorgungsforschung und Health Technology Assessment (HTA), Uwe Siebert, zum Präsidenten der ISPOR – Fachgesellschaft für Health Economics and Outcome Research – gewählt.



Foto: © UMIT Tirol



Foto: © IMC Krems

NÖ: Mehr Geld für FH-Studiengänge für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe

Der Niederösterreichische Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) stockt die Finanzierung für Fachhochschul-Studiengänge nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe auf 40 Millionen Euro um 12,7% auf. Damit sollen vor allem mehr Ausbildungsplätze in den Bereichen Physiotherapie, Biomedizinische Analytik und Radiologietechnologie geschaffen werden. Im zahlenmäßig größten Studiengang der Gesundheits- und Krankenpflege stehen jetzt NÖ-weit jährlich 555 Studienplätze zur Verfügung. Die Forschungsbasisfinanzierung für nÖ. FHs wird von 50.000 auf bis zu 250.000 Euro je Fachhochschule und Studienjahr angehoben.



Foto: © IMC Krems / Atelier-Schulte

Offen für Neues. Akademisierung bedeutet, dass an den Ausbildungsstätten auch Forschung betrieben wird. Damit sind Lehrinhalte „state of the art“. Alles andere wäre blamabel.

Fachhochschulen – wo die Gesundheitsberufe zu Hause sind

Sie sind seit 30 Jahren die akademischen Ausbildungsstätten der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe: Fachhochschulen haben den Umbau des heimischen Gesundheitssektors grundlegend geprägt.

Von Michael Krassnitzer

Nahezu pünktlich zum 30. Geburtstag ist ein langjähriger Wunsch der österreichischen Fachhochschulen in Erfüllung gegangen: Seit Juli dieses Jahres dürfen sie sich nach deutschem – und internationalem – Vorbild auch Hochschulen für angewandte Wissenschaften nennen. Die bisherige IMC Fachhochschule Krems etwa hat diese Gelegenheit ohne Umschweife genutzt: Gleich am 1. Juli hat sich die Einrichtung in IMC Hochschule für Angewandte Wissenschaften Krems umbenannt. Andere verwenden nun dank der Gesetzesänderung den Begriff „university of applied sciences“ für ihren internationalen Auftritt. „Die Fachhochschulen sind eine unverzichtbare Säule unseres Hochschulsystems“, erklärte Wissenschaftsminister Martin Polaschek anlässlich des Jubiläums. Wichtiger noch: Er kündigte die Finanzierung von 800 zusätzlichen Fachhochschulstudienplätzen ab dem Studienjahr 2025/26 an.

Meilensteine

Im Gesundheitsbereich spielen die vor nunmehr drei Jahrzehnten ins Leben gerufenen Fachhochschulen die zentrale Rolle. Denn bis auf eine Ausnahme findet die Ausbildung zu den diversen nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen an Fachhochschulen statt.

- ❖ Im Jahr 2006 wurde die Ausbildung der Medizinisch-Therapeutisch-Diagnostischen Gesundheitsberufe in die Fachhochschulen überführt. Dies umfasst die Fachgebiete der Logopädie, Ergotherapie, Diätologie, Physiotherapie, biomedizinischen Analytik, Orthoptie (Fachgebiet, das sich Störungen der Augenmuskulatur und des beidäugigen Sehens beschäftigt) und der Radiologietechnologie.
- ❖ Gleichzeitig wurde der Beruf der Hebamme akademisiert.
- ❖ Wichtig: Im Jahr 2018 folgte die Ausbildung der Pflegeberufe (Pflegeassistent, Pflegefachassistent, DGKP).

FACHHOCHSCHULEN, die Studien in den Gesundheitswissen- schaften anbieten

FH Burgenland
FH Campus Wien
FH Gesundheitsberufe OÖ
FHG Tirol
IMC Krems
FH Joanneum
FH Kärnten
FH Salzburg
FH St. Pölten
FH Wiener Neustadt
FH Vorarlberg

„Das waren Meilensteine für die Ausbildung auf dem Gesundheitssektor“, betont Ulrike Prommer, Präsidentin der Österreichischen Fachhochschul-Konferenz (FHK). Zehn der 21 existierenden Fachhochschulen in Österreich bieten Studien in den Gesundheitswissenschaften an. Die Anzahl der entsprechenden Studierenden ist in den letzten Jahren sowohl verhältnismäßig als auch in absoluten Zahlen deutlich angestiegen. Im Wintersemester 2018 waren 13 Prozent (7.102) der Fachhochschulstudenten in ein gesundheitswissenschaftliches Studium eingeschrieben, im Wintersemester 2023 waren es 18 Prozent (10.600). Bei den Studienanfängern ist der Anteil der Gesundheitswissenschaften sogar von 14 auf 20 Prozent hochgeschwungen. „Ich bin überzeugt, dass bereits im nächsten Jahr jeder fünfte Studierende an einer Fachhochschule die Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf absolviert“, bekräftigt Walter Draxl, Geschäftsführer der FH Gesundheit in Tirol, die sich auf Gesundheitswissenschaften spezialisiert hat und auch rare Fächer wie Augenoptik oder Gebärdendolmetschen anbietet.

Späte Akademisierung

Die Akademisierung der Ausbildung bei den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen war eine internationale Entwicklung, die in Österreich vergleichsweise spät vollzogen wurde. Dennoch werden hierzulande noch immer Stimmen laut, die der Überführung der Ausbildung in die Fachhochschulen wenig abgewinnen können. Dass die Matura Voraussetzung für ein Fachhochschulstudium sei, so heißt es, hindere viele Interessierte daran, in einen Gesundheitsberuf einzusteigen. Markus Golla, Institutsleiter für Pflegewissenschaft an der IMC Krems, lässt dieses Argument nicht gelten. Denn nicht nur die Matura, sondern auch eine Berufstreifeprüfung oder eine Studienberechtigungsprüfung sind mögliche Voraussetzungen für ein Fachhochschulstudium. Der heutige Professor (FH) und gelernte Fotograf startete seine akademische Karriere selbst mithilfe einer Studienberechtigungsprüfung. Heute gibt es zusätzliche Zugangsmöglichkeiten: Wer über ein Pflegeassistenten- oder ein Pflegefachassistenten-Diplom verfügt, kann unmittelbar in die Ausbildung für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege einsteigen. De facto ist dann nur noch eine Qualifikation in Englisch und Deutsch auf Maturaniveau vonnöten. Auch die Zahl der Interessenten spricht eine andere Sprache. Für eine Ausbildung zum Physiotherapeuten oder zur Hebamme bewerben sich rund zehnmals so viele Interessenten als es Studienplätze gibt. Auch die Pflegeausbildung, für die ein Vielfaches an Studienplätzen zur Verfügung steht, ist beinahe restlos ausgebucht. Golla nimmt sogar um rund 70 Bewerber mehr auf, als es Studienplätze gibt, um von vornherein die unvermeidlichen Drop-outs auszugleichen.

Berufsspezifische Forschung

Der wohl wichtigste Effekt der FH-Einführung war die Einbindung der Ausbildung in den Wissenschaftssektor und damit die Anknüpfung der Lehre an die Forschung. „Als wissenschaft-

liche Disziplinen entwickeln sich die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe auf Grundlage neuer Forschungsergebnisse kontinuierlich weiter“, betont Prommer. „Es braucht praxisorientierte berufsspezifische Forschung“, unterstreicht auch Draxl. Die aktuellen Standards müssen immer wieder analysiert und gegebenenfalls neu ausgerichtet werden. Vorher fand zum Beispiel Pflegeforschung, wenn überhaupt, an Universitäten statt. „Da wurde Grundlagenforschung betrieben, die keine praktische Relevanz

hatte“, erinnert sich Golla.

Im Jahr 2023 liefen an Österreichs Fachhochschulen exakt 400 geförderte Forschungsprojekte. Die Bandbreite dieser Projekte umfasst alle nur denkbaren Aspekte. An der IMC Krems zum Beispiel wird erforscht, wie die kognitiven Leistungen von Menschen mit Demenz durch bestimmte Formen des Gedächtnistrainings verbessert werden können. Oder wie sich der Pflegealltag durch digitale Tools verändert. Oder was Mitarbeiter in der Pflege brauchen, um zufriedener zu sein. Die FH Gesundheit in Tirol erhebt zum Beispiel die Osteoporose-Wahrscheinlichkeit bei über 50-Jährigen, um die Grundlagen für ein entsprechendes Früherkennungsprogramm zu legen. In einem anderen Projekt wird der Bedarf für Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie bei Kindern im Krippenalter erhoben. Auch hier ist die Etablierung eines Vorsorgeprogrammes das Ziel.

Neue Fachkarrieren

Dass Hochschulen autonome universitäre Einrichtungen sind, macht es ihnen leichter, das Curriculum an aktuelle Erfordernisse anzupassen. Dies zeigte sich im Jahr 2019, als der Oberste Gerichtshof ein Urteil bestätigte, demnach ausschließlich Ärzte und Diätologen kranke und krankheitsverdächtige Menschen (z.B. bei Diabetes, Krebs oder Adipositas) ernährungstherapeutisch beraten und behandeln dürfen. In der Pflegeausbildung allerdings



Chefmäßig. Ulrike Prommer, Präsidentin der Österreichischen Fachhochschul-Konferenz, und Walter Draxl, Geschäftsführer der FH Gesundheit in Tirol, nützen den runden Geburtstag, um Lorbeeren zu genießen und Künftiges einzufordern.

Fotos: © IMC Krems, © FH Gesundheit / Helene Danler

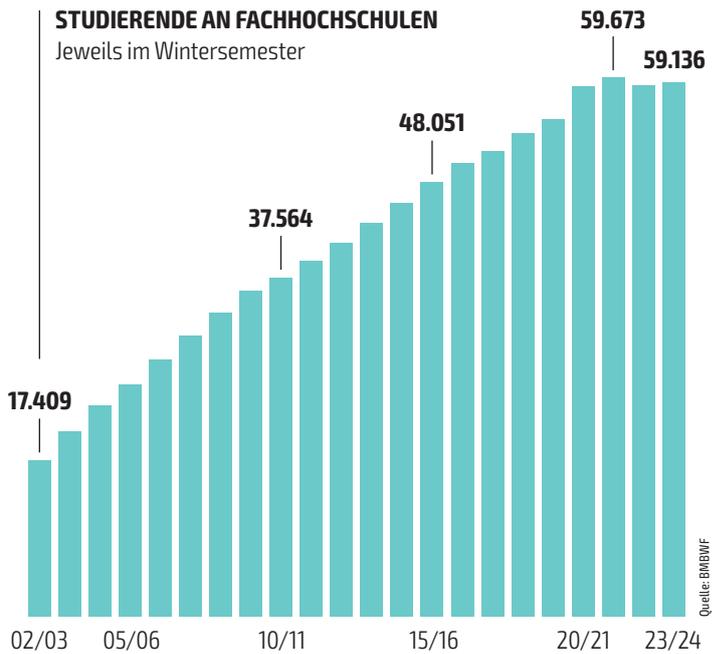
gehörte Ernährungsberatung bei Diabetes zum Unterrichtsstoff. Im Gegensatz zu den damals noch existierenden Pflegeschulen konnten die Fachhochschulen sofort reagieren und die Ernährungsberatung aus dem Curriculum streichen.

Auch Fachkarrieren sind mit der Akademisierung der Pflege möglich geworden. Wenn man sich beruflich weiterentwickeln wollte, gab es zuvor nur zwei Möglichkeiten: Entweder man wurde Führungskraft oder Pflegelehrer. „Wer jedoch weder ein Team leiten, noch unterrichten wollte, hatte das Ende der Fahnenstange erreicht“, erzählt Golla. Nun aber gibt es Möglichkeiten, sich im Pflegeberuf weiterzuentwickeln: etwa in Form von Community Nurses oder School Nurses. Die ersten Community Nurses wurden 2022 im Rahmen eines EU-geförderten Pilotprojekts in unterversorgten Regionen Österreichs installiert. Ebenfalls seit zwei Jahren läuft auch das School-Nurses-Pilotprojekt in Wien. Inwieweit sich diese Berufe etablieren werden, ist allerdings noch nicht abzusehen.

Gesundheitsberufe attraktiv machen

Die Akademisierung hat auch dazu geführt, dass das Gehaltsniveau bei den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen insgesamt angestiegen ist. Dadurch werden diese Berufe, in denen ja ein akuter Personalmangel herrscht, attraktiver. Mit einem akademischen Abschluss ist auch ein gewisser Status verbunden, der Erleichterungen bei der Berufsausübung mit sich bringt. „Eine akademische Ausbildung ist unerlässlich, um in der medizinischen Versorgung den Ärzten auf Augenhöhe begegnen zu können“, betont Draxl, der darin auch eine gesellschaftspolitische Dimension erkennen will: „Es war höchst an der Zeit, dass typische Frauenberufe auch mit höherem Einkommen und höherem Status verbunden sind.“

Der letzte nicht-ärztliche Gesundheitsberuf, dessen Ausbildung noch nicht in die Fachhochschulen überführt wurde, ist der des Sanitäters. International ist auch das längst üblich. Paramedic wird dieses Berufsbild im englischen Sprachraum genannt. In Großbritannien etwa dauert die Ausbildung drei bis vier Jahre und findet an Universitäten statt. „Für die Basis reicht sicherlich



die Sanitäter-Ausbildung des Roten Kreuzes“, sagt Draxl: „Aber Notfallsanitäter sollten auf Fachhochschulen ausgebildet werden.“ Das könnte in Zukunft auch zu einer Ausweitung der Kompetenzen der Sanitäter bei der Notfallversorgung führen.

Ganz grundsätzlich hält es Prommer für notwendig, insbesondere die ärztlichen Gesundheitsberufe durch andere qualifizierte Berufsgruppen, vor allem durch die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe, zu entlasten. Das bringe auch Änderungen im Berufsprofil mit sich: „Mit neuen Qualifikationen werden nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen neue Kompetenzen übertragen, wodurch das praktische Arbeitsfeld immer spannender, interessanter und attraktiver wird“, bekräftigt die Präsidentin der Fachhochschulkonferenz. Auf diese Weise werde es künftig gelingen, mehr und mehr Menschen für Gesundheitsberufe zu begeistern. //



Jetzt informieren unter www.umit-tirol.at/hcm

Gesundheit gestalten, Verantwortung übernehmen.

Master-Studium Health Care Management (CE)

Mit dem Masterstudium Health Care Management (CE) will die Privatuniversität UMIT TIROL all jene Fertigkeiten vermitteln, die für die Bewältigung der aktuellen und zukünftigen Herausforderungen auf allen Ebenen des Gesundheits- und Sozialsystems notwendig sind. Das Studium ist interdisziplinär, wissenschaftlich fundiert und praxisorientiert. Das Studium ist mit dem Beruf vereinbar.



Infos unter: www.umit-tirol.at/hcm
studentservice@umit-tirol.at
www.umit-tirol.at

UMITTIROL
DIE TIROLER PRIVATUNIVERSITÄT

ANGEBOTE GESUNDHEIT

Bachelor, Master & Weiterbildung im Gesundheitsbereich

BSc, MSc

Fachhochschule St. Pölten GmbH
csc@fhstp.ac.at, www.fhstp.ac.at/dge
 Tel.: +43(0)2742/313228-333



Die Fachhochschule St. Pölten steht für praxisgeleitete Hochschulausbildung und wissenschaftliche Expertise. Im Department Gesundheit werden drei Bachelor-Studiengänge und ein Master-Studiengang sowie ein Weiterbildungslehrgang angeboten. Studierende erlangen neben praktischen Fertigkeiten auch fachlich-methodische und sozialkommunikative Kompetenzen, um bestmöglich auf die Anforderungen in den Berufsfeldern vorbereitet zu sein. Bachelor: Diätologie, Gesundheits- und KrankenpflegePLUS (Start ergänzender Lehrgang „Präklinische Versorgung und Pflege“ nur im Wintersemester möglich)*, Physiotherapie.

Master: Digital Healthcare. Weiterbildung: Angewandte Ernährungstherapie.

*Bachelor Gesundheits- und Krankenpflege: Studienstart im Wintersemester an der FH St. Pölten und auch am Bildungscampus Mostviertel in Mauer, zusätzlicher Start im Sommersemester in St. Pölten möglich.

Bachelor, Master und Weiterbildungsangebote im Bereich Gesundheitswissenschaften und Soziales

BSc, MSc (CE),
 MA, Akad.
 Abschl.

FH Salzburg
www.fh-salzburg.ac.at
 Tel.: +43(0)50/2211-0



FH Salzburg

Die FH Salzburg bietet acht Bachelor-Studiengänge (Biomedizinische Analytik, Ergotherapie, Gesundheits- & Krankenpflege, Hebammen, Orthoptik, Physiotherapie, Radiologietechnologie, Soziale Arbeit) und zwei Master-Programme (Soziale Innovation, Hebammenwissenschaft) sowie Weiterbildungslehrgänge im Bereich Gesundheitswissenschaften an.

Als Absolventin bzw. Absolvent verfügen Sie über eine fundierte wissenschaftliche Ausbildung mit einem hohen Praxisanteil, die Sie befähigt, in Ihrem Spezialgebiet oder im ständig wachsenden Segment des Gesundheitswesens tätig zu werden. Tipp: Gesundheits- & Krankenpflege startet zusätzlich im März (Sommersemester).

Studienberatung und Informationsveranstaltungen: www.fh-salzburg.ac.at/studienberatung oder per Mail unter studienberatung@fh-salzburg.ac.at

Gesundheitsförderung und Personalmanagement

MSc

Hochschule Burgenland, Studienzentrum Pinkafeld
mgfp@hochschule-burgenland.at
www.hochschule-burgenland.at
 Tel.: +43(0)5 7705-4224
 Kontakt: Prof. (FH) Mag. Florian Schnabel, MPH, Studiengangsleiter



University of Applied Sciences

Inhalte: Gesundheitsökonomie, New Public Health, Projektmanagement, Sozial- und Führungskompetenz, Wahlmodule: Gesundheitsförderung oder Personalmanagement.

Berufsfelder: Gesundheitsagenden im Personalwesen, Gesundheitsförderung in allen Settings.

Organisationsform: berufsbegleitend, 4 Sem., Studiengebühr: keine

Master of Science (M.Sc.) in Implantology and Dental Surgery Restorative and Aesthetic Dentistry Periodontology Advanced General Dental Practice Specialized Orthodontics

M.Sc.

IMC International Medical College® Münster / MIB GmbH
imc@med-college.de, www.med-college.de
 Tel.: +49(0)251/28769990

Universitäre, postgraduale Studiengänge mit praktischer Ausbildung in anatomisch-chirurgischen und klinischen Blockpraktika. Durchführung operativer Eingriffe unter Anleitung. Reduzierte Anwesenheit durch Blended-Learning-Konzept, ergänzende virtuelle Live-Seminare und Vorlesungen. Beratung, Betreuung und OP-Assistenz auch nach Abschluss möglich. Abschlussfeier mit Verleihung der Urkunden.

Organisation: berufsbegleitend, Studiendauer: 3 oder 4 Semester, 60 oder 90 ECTS, akkreditiert nach den Bologna-Kriterien. Beginn: April oder Oktober (in Deutsch und Englisch). Specialized Orthodontics auch in Deutsch!

Seit dem Studienjahr 2018 werden die IMC-Master-Programme als Studiengänge der Universität Duisburg-Essen durchgeführt, die damit die gradverleihende Universität gemeinsam mit dem IMC ist. Kontakt: Dr. Ute Wegmann



MANAGEMENT

**Betriebswirtschaft für das Gesundheitswesen
Management von Gesundheitsunternehmen**

BA/MA

IMC Krems University of Applied Sciences
information@imc.ac.at
www.imc.ac.at
Tel.: +43(0)2732/802-222



Der sechssemestrige Bachelor-Studiengang Betriebswirtschaft für das Gesundheitswesen wird am IMC Krems in der Organisationsform berufsbegleitend angeboten (180 ECTS). Die vermittelten Kompetenzen stellen eine solide Basis für Ihre Karriere im Gesundheitswesen dar. Der viersemestrige Master-Studiengang Management von Gesundheitsunternehmen (120 ECTS, berufsbegleitend) stellt die Weichen, um leitende Managementaufgaben in Einrichtungen des Gesundheitswesens zu übernehmen. Berufsfelder: Die Absolventinnen und Absolventen arbeiten auf Basis eines fundierten Einblicks in das regionale, nationale und internationale Gesundheitswesen und kombinieren gesundheitsorientiertes Handeln mit wirtschaftlichem Denken und Innovationskraft. Weitere Infos: www.imc.ac.at

Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung

BA

Hochschule Burgenland, Studienzentrum Pinkafeld
bgmf@hochschule-burgenland.at
www.hochschule-burgenland.at
Tel.: +43(0)5 7705-4212
Kontakt: Prof. (FH) Mag. Dr. Erwin Gollner, MPH, MBA, Studiengangsleiter



Inhalte: Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement, Gesundheitswissenschaften, Wirtschaft und Recht, Wahlmodule: Pflegeheimmanagement mit EAN-Zertifizierung, Health Content Creating (Health Influencing), Medizinische Dokumentation. Berufsfelder: Managementaufgaben in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Organisation: Berufsermöglichend (Montag bis Mittwoch), 6 Semester. Studiengebühr: keine

Gesundheitsmanagement und Integrierte Versorgung

MA

Hochschule Burgenland, Studienzentrum Pinkafeld
mgiv@hochschule-burgenland.at
www.hochschule-burgenland.at
Tel.: +43(0)5 7705-4223
Kontakt: Magdalena Csandl, BA MSc, Studiengangsleiterin



Inhalte: Leadership im Gesundheitswesen, Operational Excellence, Gesundheits- und Sozialpolitik, Health Care Management und Integrierte Versorgung, Case und Care Management u.a.m. Berufsfelder: Leadership und Managementfunktionen in Gesundheits- und Sozialbereichen. Organisation: berufsbegleitend, 4 Semester.

Health Care Management

MSc (CE)

UMIT TIROL – Die Tiroler Privatuniversität
studentservice@umit-tirol.at
www.umit-tirol.at/master
Tel.: +43(0)50/8648-3839



Mit dem Masterstudium Health Care Management (CE) will die Privatuniversität UMIT TIROL all jene Fertigkeiten vermitteln, die für die Bewältigung der aktuellen und zukünftigen Herausforderungen auf allen Ebenen des Gesundheits- und Sozialsystems notwendig sind. Organisation: berufsbegleitend, 4 Semster. Kosten: € 3350,- pro Semester. Studienort: Hall in Tirol. Start: Herbst 2025

Health Information Management (HIM)
(Online-Studium)

Akad. Experte/
Expertin,
MA (CE)

UMIT TIROL – Die Tiroler Privatuniversität
studentservice@umit-tirol.at
www.umit-tirol.at/master
Tel.: +43(0)50/8648-3817



Der Universitätslehrgang Health Information Management vermittelt als reines Online-Studium ohne Präsenzphasen berufsbegleitend fundierte Kompetenzen im Bereich der Digitalisierung und des Informationsmanagements im Gesundheitswesen. Dauer: 3 Semester (60 ECTS) – mit Abschluss akademischer Experte in Health Information Management, Kosten: € 2500,- pro Semester, bzw. 5 Semester (120 ECTS) mit Abschluss Master of Arts (CE), MA (CE). Kosten: € 3000,- pro Semester. Studienort: reines Online-Studium ohne Präsenzphasen. Start: Herbst 2025

MANAGEMENT**Hochschuldidaktik für Gesundheitsberufe**

MHPE

FH Gesundheitsberufe OÖ GmbH
hochschuldidaktik@fhgooe.ac.at
www.fh-gesundheitsberufe.at
 Tel.: +43(0)50/344-29111



Personen, die mit Leidenschaft in der Lehre bzw. im Management von gesundheitsberuflichen Aus-, Fort- oder Weiterbildungsangeboten tätig sind, werden befähigt, ihre Aufgaben auf der Basis neuen Wissens über Lehren und Lernen zu erfüllen. Sie entwickeln hochschuldidaktische und wissenschaftliche Kompetenz, Managementkompetenz, problemlösungsorientierte und kritische Fachkompetenz sowie für das lebenslange Lernen benötigte Schlüsselkompetenzen. Erkenntnisse aus dem Studium garantieren neue Ideen, Klärungen und Begründungen für das professionelle Bewältigen neuer Herausforderungen im Hochschulbereich.

Organisation: berufsbegleitend, 4 Sem., in Deutsch, 120 ECTS. Kosten: € 2.800/Semester zzgl. ÖH-Beitrag.
 Nächster Start: Herbst 2025, Infotag: 24.1.2025

Management for Health Professionals – Schwerpunkt Krankenhausmanagement

MSc

FH Gesundheitsberufe OÖ GmbH
ManagementHealthProfessionals@fhgooe.ac.at
www.fh-gesundheitsberufe.at
 Tel.: +43(0)50/344-28111



Dieser Master-Studiengang vermittelt auf praxisnahe Weise und in interdisziplinärer Zusammensetzung alle Kompetenzen für leitende Positionen im Gesundheits- und Sozialbereich.

Studierende erwerben Leadership-, Management-, Wissenschafts-, Sozial- und Selbstkompetenz sowie problemlösungsorientierte und kritische Fachkompetenzen für Führungsaufgaben im mittleren und höheren Management von Institutionen des Gesundheits- und Sozialbereichs.

Organisation: berufsbegleitend, 4 Sem., 3 Blockwochen und regelmäßige Wochenenden, in Deutsch, 120 ECTS.
 Nächster Start: Herbst 2025, Infotag: 24.1.2025

Public Health

MPH

UMIT TIROL – Die Tiroler Privatuniversität
studentservice@umit-tirol.at
www.umit-tirol.at/master
 Tel.: +43(0)50/8648-3839



Das Master-Studium „Public Health“ hat zum Ziel, wissenschaftlich ausgebildete Fachkräfte für hochqualifizierte bzw. leitende Tätigkeiten in gesundheitswissenschaftlichen Aufgabenbereichen auszubilden.

Ausbildungsziel ist dabei, Fachkräfte für Planungs- und Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen und in gesundheitsrelevanten Politikfeldern für die Entwicklung, Durchführung und Evaluation präventiver und gesundheitsfördernder Programme, für die Forschung und Lehre in Public Health und/oder Serviceaufgaben im öffentlichen Gesundheitswesen zu qualifizieren.

Dauer: 4 Semester (120 ECTS). Kosten: € 490 pro Semester. Studienort: Hall in Tirol. Start: Herbst 2025

TECHNIK**Applied Technologies for Medical Diagnostics (Joint-Master FH Gesundheitsberufe OÖ und FH OÖ)**

MSc

FH Gesundheitsberufe OÖ GmbH
atmd@fhgooe.ac.at
www.fh-gesundheitsberufe.at
 Tel.: +43(0)50/344-71000



Applied Technologies for Medical Diagnostics ist ein Studiengang für technologisch qualifizierte Fachkräfte, die Medizinproduktkompetenzen und gesundheitswissenschaftliche Anwendungskompetenzen für analytisch-diagnostische Medizinprodukte in der modernen Gesundheitsversorgung vereinen.

Der Studiengang vermittelt fundiertes Technikwissen für medizinische Diagnostik und richtet sich an Absolventinnen und Absolventen der Biomedizinischen Analytik, Radiologietechnologie und Medizintechnik.

Organisation: berufsbegleitend, 4 Semester, in Deutsch, 120 ECTS.

Bewerbungszeiten und Studienstarts: siehe www.fh-gesundheitsberufe.at

PFLEGE

**Advanced Nursing Practice
Pflege- und Gesundheits-
management
Pflege- und Gesundheits-
pädagogik**



**MHPE
MA
MScN**

UMIT TIROL – Die Tiroler Privatuniversität
studentservice@umit-tirol.at, www.umit-tirol.at/master
Tel.: +43(0)50/8648-3817

Durch die Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes 2016 gewinnen pflegewissenschaftliche Hochschulausbildungen auf Master-Niveau zunehmend an Bedeutung. Diesem Umstand trägt das Institut für Pflegewissenschaft der Tiroler Privatuniversität UMIT TIROL Rechnung. Die viersemestrigen Master-Studien „Advanced Nursing Practice“, „Pflege- und Gesundheitspädagogik“ und „Pflege- und Gesundheitsmanagement“ werden geblockt und damit mit dem Beruf vereinbar angeboten.

Dauer: 4 Semester, geblockt, mit dem Beruf vereinbar. Kosten: € 3100,-. Studienort: Hall in Tirol. Start: Herbst 2025

Gesundheits- und Krankenpflege

BSc

Hochschule Burgenland, Studienzentrum Pinkafeld und Eisenstadt
bguk@hochschule-burgenland.at, www.hochschule-burgenland.at
Tel.: +43(0)5 7705-4114
Kontakt: Prof.(FH) Nadine Graf, BSc, MSc, Studiengangsleiterin



Inhalte: Allgemeine und Spezielle Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegediagnostik, Medizinische Grundlagen, Gesundheitswissenschaften. Wahlmodule: Pflege von Kindern und Jugendlichen, Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege. Berufsfelder: Pflege von gesunden und kranken Menschen aller Altersstufen, welche an vorübergehenden oder dauerhaften physischen und psychischen Erkrankungen leiden.

Organisation: Vollzeit, 6 Semester. Studiengebühr: keine.

Gesundheits- und Krankenpflege

BSc

IMC Krems University of Applied Sciences
information@imc.ac.at, www.imc.ac.at, Tel.: +43(0)2732/802-222 (Studienberatung)
Studiengangsleitung und Institutsleitung Pflegewissenschaft:
Prof.(FH) Markus Golla, MScN, BScN



Das Studium beschäftigt sich sowohl theoretisch als auch praktisch unter anderem mit Akutpflege, Langzeitpflege, mobiler Pflege und Rehabilitationspflege, aber auch mit Beratungskonzepten und Forschung im Gesundheitswesen. Besonderheit: Ab dem 5. Semester gibt es zusätzliche Wahlmodule: Pflege bei Kindern und Jugendlichen, Onkologische Pflege, Pflege im Unfall- und Neuro-Rehabilitationsbereich und Pflege in Krisenzeiten/Krisengebieten. Als Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft, Pflegefachassistenz oder Pflegeassistenz können Sie sich Ihre Ausbildung anrechnen lassen und in kürzerer Zeit den Bachelor erlangen.

Studienstandorte: Krems, Mistelbach und Horn. Weitere Infos: www.imc.ac.at

**Gesundheits- und Krankenpflege
sowie Hochschullehrgänge**

**BSc,
akad. Experte/
Expertin**

FH Gesundheitsberufe OÖ GmbH
gesundheitskrankenpflege@fhgooe.ac.at, www.fh-gesundheitsberufe.at
Tel.: +43(0)50/344-41000 bzw. 42000



Im 6-semestrigen Bachelor-Studiengang Gesundheits- und Krankenpflege (Linz - Studienstart im Winter- sowie im Sommersemester zusätzlich auch in Ried, Steyr, Vöcklabruck, Wels) werden Studierende optimal auf ihre vielfältigen Aufgaben und Tätigkeitsbereiche vorbereitet. Zwei neue Upgrades ermöglichen eine Höherqualifizierung bzw. einen Studienstart ohne Matura. Die 2- bis 3-semestrigen Hochschullehrgänge qualifizieren Personen mit der Berufsberechtigung in der Gesundheits- und Krankenpflege für div. Spezialisierungen.

Bewerbungszeiten und Studienstarts: siehe www.fh-gesundheitsberufe.at

**Verschiedene Aus-
und Weiterbildungen
im Pflegebereich**

**BSc,
Berufs-
berechtigung,
Zeugnis**

Fachhochschule Wiener Neustadt GmbH, Campus 1 Wiener Neustadt
www.fhwn.ac.at
Mag. Maria Schweighofer, Studiengangsleitung
maria.schweighofer@fhwn.ac.at
Tel.: +43 (0)50/4211



- Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege: Vollzeit, 6 Semester, 180 ECTS, Studienstart zweimal jährlich: September und Februar, Abschluss: BSc & Berufsberechtigung
- Basales und mittleres Pflegemanagement (gem. § 64 GuKG): berufsbegleitend, 3 Semester mit 1 Wochenblock/Monat, 60 ECTS, Abschluss: Akad. Pflegemanager/Pflegemanagerin
- Praxisanleitung (gem. § 64 GuKG): berufsbegleitend, 2 Semester mit 1 Wochenblock/Monat, 28 ECTS, Abschluss: Zeugnis

MEDIZINISCH-TECHNISCHER DIENST

**Advanced Nursing Practice
Angewandte Gesundheits-
wissenschaften
Ergotherapie
Hebammen
Musiktherapie
Physiotherapie**

**BSc, MSc,
Berufs-
befähigung**

**IMC Krems University of Applied Sciences
information@imc.ac.at
www.imc.ac.at
Tel.: +43(0)2732/802-222**

Gemeinsames Ziel der Studiengänge im Bereich Gesundheitswissenschaften am IMC Krems ist es, die qualitativ hochwertigen Ausbildungen in den einzelnen Gesundheitsberufen zu erhalten, Ansprechpartner für Interessierte im Gesundheitssektor zu sein, die Forschungsaktivitäten weiter auszubauen und die Studierenden optimal auf operative und strategische Aufgaben der modernen Gesundheitsversorgung vorzubereiten.
Weitere Infos: www.imc.ac.at



**Biomedizinische Analytik
Diätologie
Ergotherapie
Hebammen
Logopädie
Physiotherapie
Radiologietechnologie**

BSc

**FH Gesundheitsberufe OÖ GmbH
office@fhgoe.ac.at
www.fh-gesundheitsberufe.at
Tel.: +43(0)50/344-20000**

Die FH Gesundheitsberufe OÖ bietet regional in Oberösterreich Bachelor-Studiengänge für gehobene medizinisch-therapeutisch-diagnostische Berufe, Hebammen sowie die Gesundheits- und Krankenpflege und spezielle Master-Programme an. Die Verknüpfung von Theorie, Praxis, Wissenschaft und Forschung sowie die direkte Anbindung an die Gesundheitseinrichtungen der Träger gewährleisten ein fundiertes Studium im Gesundheitsbereich. International anerkannte Abschlüsse garantieren sehr gute Jobchancen und ein breites Tätigkeitsfeld in Diagnostik, Therapie und Forschung. Bewerbungszeit ab 1.1.2025 bis 31.3.2025, Start: Herbst 2025, Infotag: 24.1.2025.



**International Medical College
Universität Duisburg-Essen**

**IMC Master Program der
Universität Duisburg-Essen**

	3 Semester (18 Monate) 60 ECTS	4 Semester (24 Monate) 90 ECTS
	✓	✓
	✓	✓
	✓	✓
	✓	✓
	✓	✓

Studiengang auch in deutscher Sprache!
Für deutsche Zahnmediziner, die sich in Weiterbildung zum
Fachzahnarzt Kieferorthopädie befinden!

Für Zahnmediziner aus dem deutschsprachigen Ausland
wird eine vergleichbare Ausbildung anerkannt.

www.med-college.de

**ifh III
st. pölten**

UNIVERSITY OF
APPLIED SCIENCES

**Das Gesund-
heitswesen
von morgen
braucht
Innovation
von heute.**

Jetzt informieren:
fhstp.ac.at/gesundheit

Unser Studienangebot dazu:

Bachelor

- Diätologie
- Gesundheits- und Kranken-
pflege^{PLUS}
- Physiotherapie

Master

- Digital Healthcare

Weiterbildung

- Angewandte Ernährungstherapie

WE ARE **EUDRES**
EUROPEAN UNIVERSITY

MEDIZINISCH-TECHNISCHER DIENST

Ergotherapie

BSc und
Berufs-
befähigung

Hochschule Burgenland, Studienzentrum Pinkafeld
berg@hochschule-burgenland.at
www.hochschule-burgenland.at
Tel.: +43(0)5 7705-4232
Kontakt: Lisa Schöndorfer, BSc MSc, Studiengangsleiterin



Inhalte: medizinische, bezugswissenschaftliche und ergotherapeutische Grundlagen, ergotherapeutischer Prozess, Gesundheitsförderung, Ergotherapeutische Lehrpraxis, wissenschaftliches Arbeiten, Nachhaltigkeit und Gesundheit
Berufsfelder: Ergotherapie in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, Gesundheitsförderung, Freie Praxis, Lehre und Forschung. Organisation: Vollzeit, 6 Semester. Studiengebühren: keine

Hebammen

BSc

Hochschule Burgenland, Studienzentrum Pinkafeld
bheb@hochschule-burgenland.at
www.hochschule-burgenland.at
Tel.: +43(0)5 7705-4213
Kontakt: Mag. (FH) Beate Kayer, Studiengangsleiterin



Inhalte: medizinische Grundlagen, interprofessionelle Hebammenarbeit, spezielle Anatomie und Physiologie, Mutter und Kind im Wochenbett, Betreuung der gesunden Schwangeren, Pathologische Verläufe in der Geburtshilfe, Gynäkologie, Schmerztherapie. Berufsfelder: angestellt in Krankenhäusern und Primärversorgungszentren wie auch freiberuflich tätig im niedergelassenen Bereich. Organisation: Vollzeit, 6 Semester. Studiengebühr: keine

EXPERT*INNEN FÜR IHRE KARRIERE



**FACHHOCHSCHULE
WIENER NEUSTADT**
University of Applied Sciences – Austria

Bachelor-Studiengänge – Vollzeit

- Allgemeine Gesundheits- & Krankenpflege (Studienstart 2x jährlich)
- Biomedizinische Analytik **Neu!** (Studienstart Herbst 2025 - Wr. Neustadt & Tulln)
- Ergotherapie
- Gesundheits- & Krankenpflege*
- Logopädie
- Radiologietechnologie

Master-Studiengänge – berufsbegleitend

- Health Care Informatics
- MedTech – Functional Imaging, Conventional & Ion Therapy

Weiterbildungslehrgänge – berufsbegleitend

- Master-Lehrgang Diagnostischer Ultraschall – Sonographie
- Basales & mittleres Pflegemanagement
- Praxisanleitung



scan me!

*Koop. Campus Rudolfinerhaus Wien

MEDIZINISCH-TECHNISCHER DIENST**Logopädie****BSc und
Berufs-
befähigung**

Hochschule Burgenland, Studienzentrum Pinkafeld
blog@hochschule-burgenland.at
www.hochschule-burgenland.at
 Tel.: +43(0)5 7705-4226
 Kontakt: Nicole Feichtgraber, BSc MA, Studiengangsleiterin



University of Applied Sciences

Inhalte: medizinische, bezugswissenschaftliche und logopädische Grundlagen, logopädischer Prozess, Logopädische Lehrpraxis, wissenschaftliches Arbeiten, Nachhaltigkeit und Gesundheit
 Berufsfelder: Logopädie in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, Freie Praxis, Lehre und Forschung
 Organisation: Vollzeit, 6 Semester. Studiengebühren: keine

Physiotherapie**BSc und
Berufs-
befähigung**

Hochschule Burgenland, Studienzentrum Pinkafeld
bphy@hochschule-burgenland.at
www.hochschule-burgenland.at
 Tel.: +43(0)5 7705-4211
 Kontakt: Marlene Szupper, MSc, Studiengangsleiterin



University of Applied Sciences

Inhalte: medizinisch-naturwissenschaftliche und physiotherapeutische Grundlagen, physiotherapeutischer Prozess, Physiotherapie im modernen Gesundheitswesen, wissenschaftliches Arbeiten, Kommunikation und Interaktion (interprofessionelle Lehrveranstaltungen). Wahlmodule: medizinische Trainingstherapie und Schmerz.
 Berufsfelder: Physiotherapie in Einrichtungen des Gesundheitswesens, Prävention, Lehre und Forschung.
 Organisation: Vollzeit, 6 Semester. Studiengebühr: keine

Radiologietechnologie*

*vorbehaltlich der Genehmigung
 durch die AQ Austria

**BSc und
Berufs-
befähigung**

Hochschule Burgenland, Studienzentrum Pinkafeld
beratung@hochschule-burgenland.at
www.hochschule-burgenland.at
 Tel.: +43(0)5 7705-3500
 Kontakt: David Rupprecht, BSc MA MSc MBA CMC, Studiengangsleiter



University of Applied Sciences

Inhalte: medizinische und radiologietechnologische Grundlagen, Projektionsradiographie, Strahlenschutz, Schnittbildverfahren, Radioonkologie, Nuklearmedizin, Sozialkommunikative Kompetenzen und Selbstkompetenzen, Klimakompetenzen, radiologietechnologische Arbeit im interprofessionellen Kontext, radiologietechnologische Handlungsfelder & aktuelle Entwicklungen, wissenschaftliches Arbeiten, Beruf, Recht und Management
 Berufsfelder: Radiologie in Einrichtungen des Gesundheitswesens, Medizintechnik-Unternehmen, Ordinationen und Institute von Fachärzt*innen oder Gruppenpraxen, Lehre und Forschung.
 Organisation: Vollzeit, 6 Semester. Studiengebühren: keine

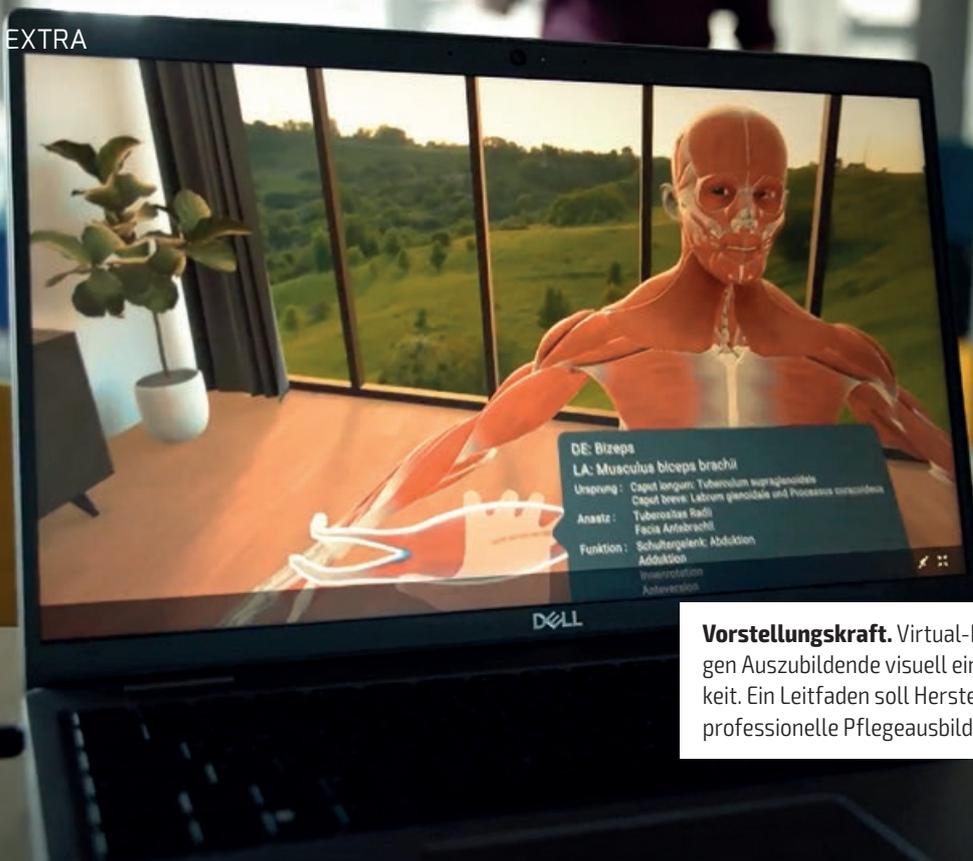
**Verschiedene Aus-
und Weiterbildungen
im medizinisch-technischen
Bereich**
**BSc, MSc,
Berufs-
berechtigung**

Fachhochschule Wiener Neustadt GmbH, Campus 1 Wiener Neustadt
office@fhwn.ac.at
www.fhwn.ac.at
 Tel.: +43(0)50/4211



University of Applied Sciences Austria

- ➊ Biomedizinische Analytik; Ergotherapie; Logopädie; Radiologietechnologie: Vollzeit, 6 Semester, 180 ECTS, Abschluss: BSc & Berufsberechtigung
- ➋ NEU ab SEPTEMBER 2025: Biomedizinische Analytik auch am Biotech Campus Tulln der FHWN, Konrad Lorenz-Straße 10, 3430 Tulln!
- ➌ Diagnostischer Ultraschall – Sonographie; Health Care Informatics; MedTech – Functional Imaging, Conventional & Ion Radiotherapy: berufsbegleitend, 4 Semester, 120 ECTS, Abschluss: MSc



Vorstellungskraft. Virtual-Reality-Anwendungen bringen Auszubildende visuell ein Stück näher an die Wirklichkeit. Ein Leitfaden soll Herstellern klar machen, wie VR professionelle Pflegeausbildung unterstützen kann.

Training in der virtuellen Welt

Ein internationales Gemeinschaftsprojekt forciert die Nutzung von Virtual-Reality-Anwendungen in der Pflegeausbildung. Die VR-Technologie hat sich zuletzt stark verbilligt. Oberösterreichische Institutionen sorgen für den österreichischen Input.

Von Michael Krassnitzer

Eine computergenerierte Wirklichkeit: Virtual Reality („virtuelle Realität“, VR) soll den Nutzer in eine realistisch anmutende, dreidimensionale Welt versetzen. Was als Idee in der Science-Fiction-Literatur der 1980er-Jahre begann, ist heute eine Technik, die in unterschiedlichsten Bereichen zum Einsatz kommt. In der Industrie dient Virtual Reality der Erstellung von virtuellen Produkten als Prototypen sowie der Produktionsplanung; in der Raumplanung werden bauliche Vorhaben noch vor ihrer Umsetzung in ihrer Umgebung erlebbar gemacht; in der Immobilienbranche wird Virtual Reality für virtuelle Wohnungsbesichtigungen eingesetzt; Kulturinstitutionen veranstalten virtuelle Ausstellungen für Besucher, die sich nicht vor Ort befinden. Nicht zuletzt in der Medizin wird Virtual Reality zum Training von chirurgischen Eingriffen oder zum Erproben neuer chirurgischer Methoden verwendet.

Ein mögliches Anwendungsgebiet ist auch die Pflegeausbildung. Wie Virtual Reality in der Ausbildung von Pflegefachkräften eingesetzt werden kann, ist Thema des Projekts VReduMED, für das sich zehn Partner aus fünf mitteleuropäischen Ländern zusammengeschlossen haben. Die Partnerorganisationen aus Österreich, Tschechien, der Slowakei, Ungarn und Deutschland haben es sich zum Ziel gesetzt, in Zusammenarbeit zwischen

Ausbildungseinrichtungen im Gesundheitswesen und Medizintechnik-Anbietern (allen voran kleinen und mittleren Unternehmen sowie Start-ups) VR-Anwendungen in der Pflegeausbildung zu verankern. Die beiden österreichischen Projektpartner sind die Education Group in Linz sowie Business Upper Austria, die Standortagentur des Landes Oberösterreich – im Speziellen deren Medizintechnik-Cluster (MTC), in dem aktuell rund 190 Partner aus ganz Österreich miteinander vernetzt sind und über den zahlreiche Medizintechnik-Anbieter in das Projekt eingebunden sind.

Anatomie und Handlungsabläufe

Trainingsmodelle für die menschliche Anatomie gelten als typische Anwendungen von Virtual Reality in der Pflegeausbildung. Die Programme geben den Anwendern die Möglichkeit, anatomische Strukturen im dreidimensionalen Raum zu erleben. Dabei sieht der Nutzer das Modell eines Menschen vor sich und kann das Skelett, die Muskeln, die Blutgefäße oder das Nervensystem aus jeder gewünschten Perspektive betrachten. Derartige Anwendungen gibt es bereits für Ärzte bzw. Medizinstudenten, allerdings übersteigt deren Genauigkeit und Detailliertheit bei Weitem das, was Pflegekräfte über die menschliche Anatomie wissen müssen.

Eine weitere Anwendungsmöglichkeit ist das Erlernen und Trainieren von standardisierten Handlungsabläufen (SOPs) wie das Vorbereiten von Operationsbesteck, Intubationsbesteck oder von Wundmaterialien. Mittels Controller nimmt der Anwender die virtuellen Geräte aus einem imaginären Wagen und ordnet sie auf einer Fläche richtig an. Auch Hygiene oder Sturzprävention können virtuell trainiert werden: Der Anwender bewegt sich dabei durch einen Raum und begibt sich dort auf die Suche nach Fehlern, die das Wohl der Patienten gefährden.

Es können auch mehrere Anwender zugleich einen virtuellen Raum betreten und dort gemeinsam komplexe Notfallsituationen oder Großschadensereignisse trainieren. Diese Situationen können individuell angepasst und in ihrer Schwierigkeit modifiziert werden. „Man kann den Nutzer in jedes beliebige Setting versetzen und alle möglichen Situationen orts- und ressourcenunabhängig trainieren“, bekräftigt MTC-Projektmanager Thomas Wolfinger. Die Interaktion mit der virtuellen Welt sei auch leicht zu erlernen: „Wenn man das Grundprinzip einmal heraußen hat, findet man sich in jeder Anwendung schnell zurecht.“

nöten um die Bewegungen des Users aufzunehmen und die Immersion perfekt zu machen. Heute geht der Trend in Richtung Stand-alone-Lösungen. Das bedeutet: Es ist kein Computer mehr notwendig. Der Chip, mit dem die virtuelle Welt generiert wird, befindet sich bereits in der Brille, in die auch das Headset integriert ist. Sobald man das Gerät aufsetzt, befindet man sich flugs in einer anderen Welt. Derartige Brillen sind heutzutage im ganz gewöhnlichen Elektronikhandel um wenige hundert Euro erhältlich. Die geringen Kosten und das leichte Handling der Hardware machen den Einsatz von VR-Anwendungen nun auch in Bereichen interessant, wo das Geld nicht so locker sitzt.

Roadmap und Handbuch

Das VReduMED-Projekt durchläuft drei Phasen. Im ersten Schritt wurden die strategischen Grundlagen für die Entwicklung innovativer VR-basierter Lösungen gelegt. Zum einen wurde eruiert, welche Kompetenzen es im zentraleuropäischen Raum gibt, sprich: welche Stakeholder auf dem Gebiet von Virtual Reality im Gesundheitswesen es überhaupt gibt. Zum anderen fanden



Foto: © VReduMED

Täuschend echt. Mit den Mitteln der VR wird der Nutzer in jede beliebige Situation versetzt. Orte und Bedingungen werden beliebig simuliert.

Round Tables mit Vertretern der Pflegepädagogik und Herstellern von VR-Lösungen statt. Auf diese Weise wurde abgeklopft, welche Erwartungen die potenziellen Anwender überhaupt an mögliche VR-Anwendungen im Gesundheitswesen stellen. Nun wird eine Roadmap mit Empfehlungen für Unternehmen ausgearbeitet. „Es handelt sich um einen Leitfaden für die Anbieter von VR-Technologien, wie sie am besten in den Bereich Gesundheit und Pflege einsteigen“, erklärt Wolfinger.

Im zweiten Schritt soll ein Handbuch erstellt werden, das sich an Pflegekräfte, an Pflegeinstitutionen und an

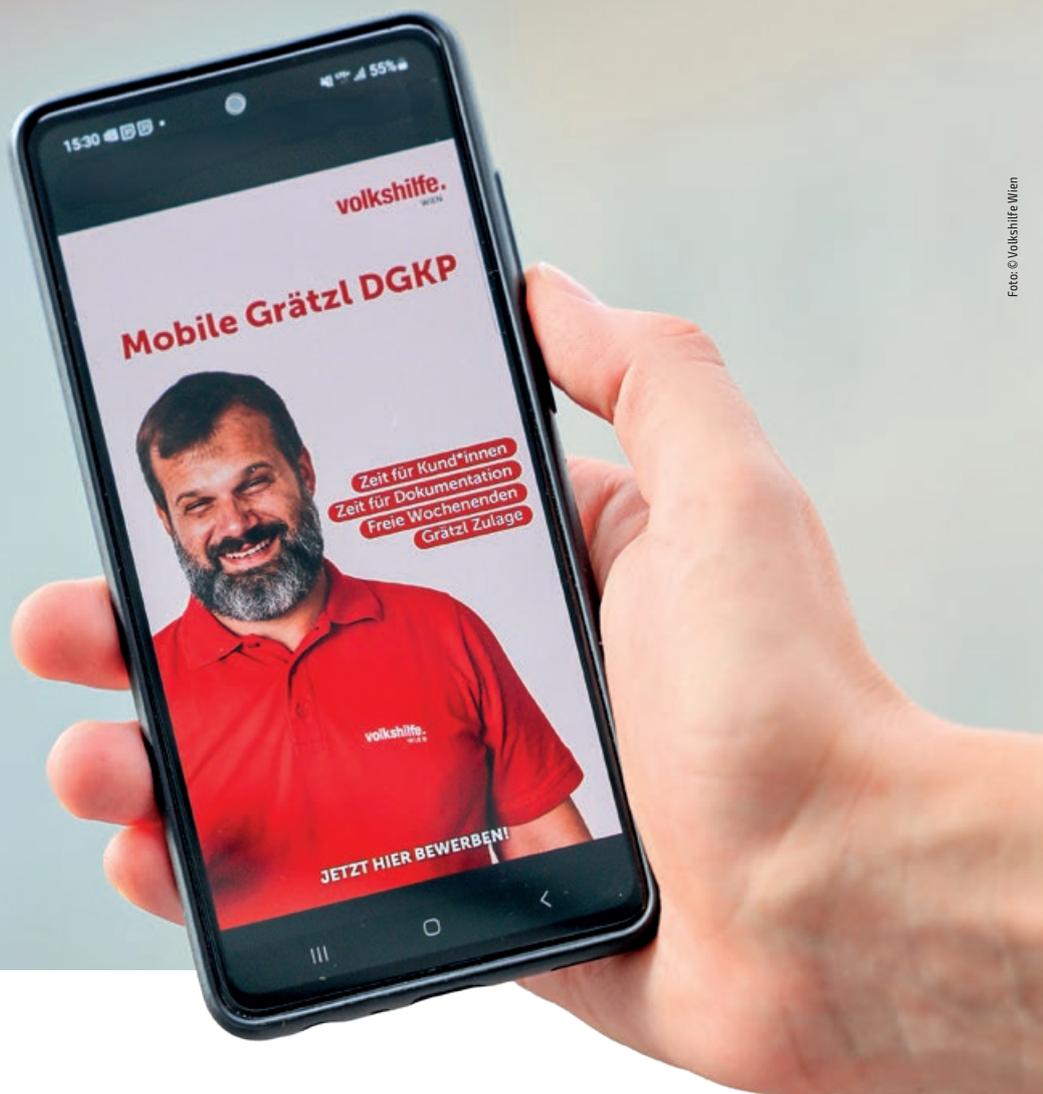
die Pflegeausbildung richtet. Darin sollen exemplarisch gute Anwendungen von Virtual Reality in der Pflegeausbildung aufgelistet und erläutert werden. Weiters soll darin erklärt werden, wie diese Anwendungen implementiert werden können.

In der letzten Projektphase soll ein Netzwerk von VReduMED-Laboren aufgebaut werden, wo VR-Anwendungen für Demonstrationszwecke oder auch für Trainings zur Verfügung stehen. Es ist auch geplant, aktiv an Gesundheitseinrichtungen und Pflegeausbildungsstätten zuzugehen und ihnen die existierenden Lösungen zu präsentieren. Dass die potenziellen Anwender Virtual Reality einmal selbst ausprobieren, ist ein ganz entscheidender Faktor, wie Wolfinger erläutert. Der Projektmanager hat daher immer eine VR-Brille mit dabei, wenn er mit Personen aus der Zielgruppe zusammentrifft: „Wenn das Gegenüber aus eigener Erfahrung weiß, wie Virtual Reality aussieht, hat man gleich eine ganz andere Gesprächsbasis.“ //

Limitationen

Die Anwendungsmöglichkeiten von Virtual Reality sind limitiert. Weil es in der virtuellen Realität noch kein haptisches Feedback gibt, ist das Trainieren feinmotorischer Abläufe nicht möglich. Das Setzen einer Kanüle oder das Verabreichen einer Spritze ist mit der heutigen VR-Technologie nicht adäquat simulierbar. Auch für das Training von Soft Skills wie den Umgang mit Patienten ist VR nicht geeignet. „Emotionale Reaktionen von Patienten sind mit der heutigen Rechenleistung nicht reproduzierbar“, sagt Wolfinger. Fortschritte in der Chip-Technologie und der Einsatz von Künstlicher Intelligenz könnten aber auf diesem Gebiet künftig zu brauchbaren Lösungen führen.

Die VR-Technologie hat sich in den vergangenen Jahren rasant weiterentwickelt. Früher brauchte man zur Simulation einer virtuellen Realität einen leistungsstarken Computer. Die per Kabel mit dem Rechner verbundenen VR-Brillen waren ziemlich teuer. Zusätzlich waren noch im Raum installierte Kameras von-



Für alle Fälle. In der Einarbeitungsphase geht so mancher Kandidat verloren. Darum stellt die Volkshilfe Wien vor Dienstantritt eine spezielle App zur Verfügung, die Informationen über die verschiedenen Arbeitsabläufe bereitstellt.

Recruiting: Fischen mit digitalen Netzen

Österreichs Gesundheitseinrichtungen müssen beim Recruiting neue Wege gehen. Die sozialen Medien werden dabei zu zentralen Kanälen. Achtung: Ohne speziellen Content versenden die aufwendigsten Kampagnen.

Von Michael Krassnitzer

Die Einarbeitungsphase stellt in der mobilen Pflege und Betreuung eine besondere Herausforderung dar. Zwar werden neue mobile Pflege- und Betreuungskräfte in der Zeit der Einarbeitung von erfahrenen Kollegen begleitet, doch der Wissensaustausch gestaltet sich nicht so einfach wie etwa in einem Büro. Und wenn die mobile Pflege- und Betreuungskraft einmal auf sich allein gestellt ist, kann sie nicht einfach im Nachbarzimmer anknöpfen und schnell eine Kollegin fragen, wenn plötzlich eine Frage auftaucht.

Um neue Mitarbeiter beim Onboarding zu unterstützen, stellt ihnen die Volkshilfe Wien bereits vor Dienstbeginn eine spezielle App zur Verfügung, die alle wichtigen Informationen über die verschiedenen Arbeitsabläufe bereitstellt. Die Inhalte sind in kurzen, spielerischen Einheiten mit Videos aufbereitet und begleiten die Mitarbeiter während der ersten Monate im neuen Job. „Damit

sind wir Vorreiterin im österreichischen Pflege- und Betreuungssektor“, bekräftigt Bernhard Peter, Recruitingverantwortlicher für Pflege und Betreuung bei der Volkshilfe Wien. Für ihr digitales Onboarding wurde die Volkshilfe Wien mit dem HR Award 2024 ausgezeichnet.

Neue Wege

Angesichts der akuten Personalnot müssen die österreichischen Gesundheitsunternehmen beim Recruiting neue Wege gehen. Laut der aktuellen, von der Gesundheit Österreich (GÖG) aufgestellten Personalprognose für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind bis 2050 rund 70.000 zusätzliche Pflegepersonen vonnöten, um den Versorgungsstand des Jahres 2019 aufrechtzuerhalten. Aber auch Ärzte und IT-Fachkräfte sind Mangelware. Um die vorhandenen Arbeitskräfte herrscht ein knallharter Kon-

kurrenzkampf, der die Unternehmen zu innovativen Lösungen zwingt. Die Zeiten von „Post and Pray“ sind vorbei. Sprich: Eine Stellenanzeige schalten und beten, dass sich ausreichend Bewerber melden, reicht bei Weitem nicht aus, um neues Personal zu rekrutieren.

Die Volkshilfe Wien schaltet auch weiterhin Stellenanzeigen, setzt aber darüber hinaus auf eine Reihe weiterer Maßnahmen. In jüngster Zeit versucht die Wohlfahrtsorganisation, potenzielle Interessenten auf Social Media und via Google Ads zu erreichen. „Wir sprechen Personen an, die nicht unbedingt auf Jobsuche sind, aber die dadurch vielleicht auf die Idee kommen, dass wir ein für sie interessanter Arbeitgeber sind“, verrät Julia Hamming, HR-Kommunikationsexpertin der Volkshilfe Wien. Der Fokus liegt dabei auf den Vorteilen, welche die Arbeit als mobile Pflege- und Betreuungskraft mit sich bringt: keine Nachtdienste, keine Glocke, Pausen zwischen den Einsätzen und viel Zeit an der frischen Luft. Auch auf einen authentischen Auftritt wird großer Wert gelegt: So sind in den professionell produzierten Werbevideos keine Models, sondern echte Mitarbeiter der Volkshilfe Wien zu sehen. Das Um und Auf dabei ist die Fokussierung auf die richtige Zielgruppe. Fasst man diesen Personenkreis zu weit, dann gehen viele Anzeigen ins Leere; fasst man ihn zu eng, erfahren viele potenzielle Interessenten nichts von den Angeboten der Volkshilfe Wien. Grundsätzlich sind „alle Kampagnen der Organisation für Mobiltelefone optimiert“, wie Hamming erläutert.

Cherry picking

Ziel ist es, dass sich die Interessenten telefonisch bei der Volkshilfe Wien melden. „Dann können wir unsere große Stärke ausspielen: den persönlichen Kontakt“, wie Peter unterstreicht. Wichtig sei, dass die Kontaktaufnahme niederschwellig und unbürokratisch möglich sei, erläutert der Recruitingverantwortliche. Die Interessenten müssen zum Beispiel keine Lebensläufe, Diplome oder Arbeitszeugnisse vorab einreichen. „Ob jemand die Grundvoraussetzungen erfüllt, stellt sich am Telefon schnell heraus“, sagt Peter. Wenn es in der Folge zu einem Gespräch von Angesicht zu Angesicht kommt, können die diversen Unterlagen noch immer nachgereicht werden. Der Aufwand für diesen niederschweligen Zugang sei für das Unternehmen zwar höher, räumt Peter ein, doch er zahle sich auf jeden Fall aus. Die Vielzahl an Bewerbern, die man auf diese Weise erreicht habe, spreche eindeutig für diese Vorgehensweise.

Personalsuche funktioniert 2024 nach neuen Vorzeichen. „Mittlerweile bewerben wir uns bei den Jobinteressenten und nicht mehr umgekehrt“, bekennt Sonja Kimeswenger, Personaldirektion, Personalwirtschaft und Personalmarketing der Oberösterreichischen Gesundheitsholding (OÖG). Aufgrund des bestehenden Mangels an Fachkräften in allen Bereichen suchen sich Interessenten gut aus, bei welchem Arbeitgeber sie sich bewerben. Die OÖG fährt daher regelmäßig groß angelegte Personalmarketingkampagnen, mit denen sie Arbeitnehmer für sich gewinnen möchte. In der jüngsten medialen Kampagne etwa wurde herausgestrichen, dass in Krankenhäusern nicht nur Ärzte und Pflegekräfte arbeiten. Gezielt wurden die Arbeitsmöglichkeiten in Technik, Verwaltung und Betrieb ins Scheinwerferlicht gerückt.

Auch die OÖG schaltet nach wie vor Stellenanzeigen – schon allein deshalb, weil sie als Tochterunternehmen des Landes Oberösterreich verpflichtet ist, Leitungsfunktionen öffentlich auszuschreiben. Auch bei bestimmten Berufsgruppen wie etwa Küche,



Foto: © Volkshilfe Wien

Marktplatz Instagram. Bernhard Peter und Julia Hamming haben für die Volkshilfe Wien ein digitales Recruiting-Konzept umgesetzt. Das Smartphone ist das Forum, auf dem potenzielle Bewerber angesprochen werden.

WIE KÜNSTLICHE INTELLIGENZ HR-VERANTWORTLICHE SCHON HEUTE UNTERSTÜTZEN KANN

Recruiting läuft in vielen Unternehmen längst mithilfe einer KI ab: Die Software kategorisiert die Bewerbungen und führt in manchen Fällen sogar die erste Runde der Vorstellungsgespräche. Pepsi und Ikea nutzen zum Beispiel ihr KI-Tool „Vera“ für Recruitingprozesse, das passende Bewerbungen herauspicks und vorab erste Dialoge führt, bevor die Bewerberin mit einer echten Person aus dem Unternehmen spricht.

Für heimische Unternehmen ist dies noch Zukunft: Im Recruiting spielt KI hierzulande laut einer Stepstone-Recruiting-Studie für 87 Prozent der Unternehmen noch keine Rolle. Die am häufigsten genannten Bereiche, in denen KI die HR-Abteilung unterstützt, sind die Identifizierung von potenziellen Kandidaten (64 Prozent), die Bewertung und Einstufung von Bewerbern (54 Prozent) sowie die Terminkoordination (57 Prozent). Schnell wachsend ist die Rolle von KI-Werkzeugen bei der Formulierung von Stellenanzeigen und Social Media-Texten. Mit Anwendungen wie ChatGPT, Google Bard oder Neuroflash werden Stellenanzeigen für Zielgruppen optimiert. Basierend auf Large Language Models (LLM) werden hierbei unzählige Texte auf entsprechende Keywords und passende Wortkombinationen durchsucht. Der generierte Inhalt ist umso besser, je genauer die Anweisung (Prompt) formuliert ist. Der Prozess geht aber weiter. Mit Tools wie dem „Talent Recommender“ von Stepstone sparen sich Recruiter das aktive Suchen nach passenden Kandidaten: Dies übernimmt die KI. Nachdem Unternehmen eine Stellenanzeige veröffentlicht haben, schlägt die Software passende Lebensläufe aus der Stepstone-Datenbank vor. Für die Teilnahme an der Auswahl müssen die Bewerber allerdings ihre Zustimmung geben.

Technik oder Reinigung setzt die Holding nach wie vor auf Stellenanzeigen in Zeitungen. „Einen Facharzt per Stelleninserat zu suchen, ist allerdings wenig sinnvoll“, betont Martin Rupprecht, Personaldirektor der OÖG. Doch selbst klassische Stellenanzeigen tragen den veränderten Rahmenbedingungen Rechnung: Lieblos und langweilig gestaltete Inserate gehören der Vergangenheit an. Heute wird Wert auf eine ansprechende Grafik gelegt, um potenzielle Bewerber anzusprechen.

Direkt an der Quelle

Auch Social Media werden genutzt, um Personal zu rekrutieren. Die OÖG baut dabei verstärkt auf Video-Content, der den Arbeitsalltag zeigt. „Die Leute sollen erfahren, was sie in einem bestimmten Klinikum oder einer Abteilung oder einem Team erwartet“, erklärt Ricarda Vierlinger vom Personalmarketing. Karrieremessen sind eine weitere Plattform, auf der sich die OÖG regelmäßig präsentiert. Zum Beispiel auf der AustroDoc, einer Ausbildungs- und Jobinformationsmesse für Medizinstudenten und Ärzte in Ausbildung, die von den österreichischen Landeskrankenhausträgern in Wien, Graz und Innsbruck veranstaltet wird, oder auf der Messe Jugend & Beruf, Österreichs größter Messe für Beruf und Ausbildung in Wels. Wenn es um internationales Recruiting geht, also etwa um die Suche nach medizinischen Koryphäen, wendet sich die Gesundheitsholding mitunter auch an einschlägige Personalvermittlungsunternehmen.



Foto: © Dominik Berflinger / OÖG / 2022

Neue Welt.

Sonja Kimeswenger, HR-Managerin der Oberösterreichischen Gesundheitsholding, ortet neue Interessenslagen: „Mittlerweile bewerben wir uns bei den Jobinteressenten und nicht mehr umgekehrt.“

Der OÖG steht noch eine weitere Möglichkeit des Recruitings zur Verfügung, über die viele andere Gesundheitseinrichtungen nicht verfügen. Als Miteigentümerin der Fachhochschule Gesundheitsberufe in Oberösterreich sitzt die Landesholding direkt an der Quelle. Durch gezieltes Auftreten können zum Beispiel künftige Pflegekräfte oder andere Fachkräfte bereits während der Ausbildung mit den Unternehmen der Landesholding vertraut gemacht werden. Auch in anderen Bereichen setzt die OÖG darauf, ihr künftiges Personal selbst auszubilden: „Wir haben in den letzten Jahren zum Beispiel die Zahl unserer Lehrlinge im IT-Bereich aufgestockt, weil der Markt leergefischt ist“, erklärt Rupprecht. //

GESUNDHEIT IST ZUKUNFT ...

... Bildung ist Zukunft! – Ein Slogan, der sich insbesondere beim Universitätslehrgang „Public Health Vienna“ bewahrheitet. Gerade in Pandemiezeiten hat sich der Begriff „Public Health“ auch in der breiten Öffentlichkeit etabliert, und Experten und Expertinnen auf diesem Gebiet sind derzeit sehr gefragt.

Ziel des Lehrgangs ist es, qualifizierte „Professionals für Prävention und Gesundheitsförderung“ auszubilden, welche adäquate wissenschaftlich gesicherte Konzepte entwickeln, übernehmen, umsetzen und evaluieren können. Als Lehrbeauftragte fungieren qualifizierte und praxiserfahrene Spezialist/innen nationaler und internationaler Universitäten sowie relevanter Organisationen und öffentlicher Einrichtungen. Sie tragen wesentlich zur hochwertigen Qualität der Wissensvermittlung zwischen evidenzbasierter Theorie und umgesetzter Praxis bei. Das Teilnehmerfeld ist weit gestreut und reicht von Medizinerinnen über Ernährungs- und Sportwissenschaftler bis hin zu hochqualifizierten Personen aus dem Gesundheitsbetriebs-



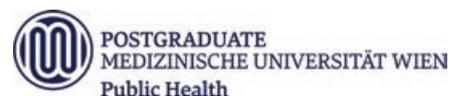
Foto: ULG-MPH-Vienna

Die erfolgreiche Graduierung ist Ziel und „krönender“ Abschluss einer nachhaltigen Public Health-Ausbildung an der MedUni Wien.

bereich mit langjähriger Berufserfahrung. Ebenso sind Fachrichtungen wie beispielsweise Rechtswissenschaften, Philosophie, Sprachwissenschaften, Betriebswirtschaftslehre, aber auch Veterinärmedizin oder Pharmazie vertreten, aber auch Berufsgruppen wie Physiotherapeuten oder Krankenschwestern. Für Teilnehmer/innen entsteht dadurch ein wertvolles Netzwerk, welches optimale Startvoraussetzungen und nachhaltige Vorteile für die berufliche Karriere im Gesundheitsförderungssektor bietet. Im Oktober 2025 startet der mittlerweile 21. Jahrgang. Anmeldungen werden ab sofort entgegengenommen.

Engeltliche Einschaltung

Infos und Anmeldung zum Universitätslehrgang Public Health Vienna:
 Medizinische Universität Wien, Teaching Center Unit für Postgraduelle Aus- und Weiterbildung,
 Tel.: +43(0)676 7359759, ulg-mph@meduniwien.ac.at, www.mph-vienna.at



PV-Reha-Zentren reduzieren Lebensmittelabfälle um 50 Prozent

Im Rahmen des Großküchenmonitorings „MONEYTOR“ von „United Against Waste“ wurden die besten Unternehmen des Landes für Leistungen bei der Lebensmittelabfallvermeidung ausgezeichnet – darunter sieben Reha-Zentren der Pensionsversicherung (PV). Die Reha-Einrichtungen der PV konnten die Verlustquote – das Verhältnis von ausgegebenem Essen und entsorgtem Lebensmittelabfall (ohne Zubereitungsreste) – seit 2020 um mehr als die Hälfte reduzieren. Die Pensionsversicherung ist mit 17 eigenen Reha-Zentren und mehr als 150 Vertragspartnern der größte Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen in Österreich.



Foto: © PV



Foto: © Optimamed

Pop-Up Forum zum Thema Geriatrische Rehabilitation

OptimaMed veranstaltete Anfang Oktober eine hochkarätige Diskussionsveranstaltung zum Thema „Geriatrische Rehabilitation – ein Zukunftsmodell?“. Neben zahlreichen Keynotes war der kurz vor Veröffentlichung stehende Rehaplan 2025 ein zentrales Thema der Veranstaltung. Canan Aytakin, Generaldirektor-Stellvertreterin der Pensionsversicherung, unterstrich dabei die Bedeutung technologischer Innovationen und integrierter Versorgungskonzepte für die nahe und mittlere Zukunft. Diese seien „von entscheidender Bedeutung“. Für Herwig Ostermann, Geschäftsführer der GÖG, ist die Berücksichtigung des demografischen Wandels ein wichtiger Faktor in der Bedarfsplanung, der bei der Überarbeitung des Rehabilitationsplans Berücksichtigung finden muss. Sven-Thomas Falle-Mair, Operativer & Medizinischer Direktor OptimaMed, verweist auf einen hohen Anteil an älteren Reha-Patienten, „deren Lebensqualität sich durch eine geriatrische Rehabilitation signifikant verbessern ließe“.

Foto: © pro mente



Forderungen von pro mente Austria an die nächste Regierung

pro mente Austria stellt mit der Kampagne „Das Glas ist halb leer“ Forderungen an die nächste Regierung, um die psychosoziale Versorgung zu verbessern. Denn jeder vierte Erwachsene und jeder vierte Jugendliche leidet in Österreich an einer psychischen Erkrankung. Die Kampagne fordert eine regelmäßige unabhängige Studie zur Situation psychisch Erkrankter, verlangt nach einer österreichweiten Leitlinie für psychosoziale Versorgung sowie nach einem Grundgesetz für psychische Gesundheit. Zudem seien spezifische Maßnahmen für Kinder, Jugendliche und ältere Menschen sowie eine Anpassung des Pflegegeldgesetzes notwendig, so pro mente Austria. Der Dachverband vertritt 26 Mitgliederorganisationen mit 5.500 Mitarbeitern.

Fake-News zur Mitnahme von Reha-Begleitpersonen

In den sozialen Medien ist aktuell wieder ein altes Meme aufgetaucht, in dem es heißt: Wenn in Österreich einer Muslima eine Kur genehmigt wird, dürfe der Ehemann sie kostenlos begleiten. Dies sei Unsinn, heißt es in einer Presseaussendung der Pensionsversicherung. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen würden gemeinsam mit dem behandelnden Arzt beantragt, ohne dass Daten zu Religion oder Herkunft erhoben werden. Grundsätzlich seien bei Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge Begleitpersonen nicht vorgesehen. Ausnahmen gibt es beispielsweise bei der Kinder- und Jugendreha, bei der Kinder bis 14 Jahre von Elternteilen begleitet werden.

Foto: © Andrii Lyserenko / Getty Images / Stock





Autobahnsyndrom. Die Demographie sorgt für ständigen Druck: Experten erwarten aufgrund der vergreisenden Bevölkerung bis 2040 einen Bedarfsanstieg von zwei bis drei Prozent pro Jahr.

Auf wackeligen Beinen

Das österreichische Reha-System zählt zu den leistungsfähigsten der Welt. Aber immer mehr Risikofaktoren schmälern die Versorgungskapazitäten der heimischen Nachsorge.

Von **Martin Hehemann**

Das System ist immer noch gut. Da sind sich die Expertinnen und Experten einig: „Wir sind in Österreich sehr gut aufgestellt“, meint Canan Aytakin, die stellvertretende Generaldirektorin der Pensionsversicherung (PV). „Wir haben im internationalen Vergleich eine gute breite Abdeckung“, sagt Franz Kastner von der Vinzenz-Gruppe, einem privaten Betreiber von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. „Die Ausgangslage ist durchaus positiv“, urteilt auch Sven Thomas Falle-Mair, operativer und medizinischer Direktor des Mitbewerbers Optimamed.

Bei dem System, das derart günstig bewertet wird, handelt es sich um die heimische Reha-Landschaft. Gerade im internationalen Vergleich kann sich Umfang und Qualität des Angebots an Nachsorge-Leistungen in Österreich sehen lassen. Unter Rehabilitation verstehen Experten Behandlungen und Therapien, die Menschen nach einem Eingriff oder einer akuten Erkrankung

helfen, sich wieder in den beruflichen und sozialen Alltag zu integrieren. PV-Vizedirektorin Aytakin erläutert den Unterschied zu zwei artverwandten Gesundheitsmaßnahmen: „Man kann das mit einem Auto vergleichen: Die Gesundheitsvorsorge und die Kur sind das jährliche Service. Die Reha ist die Reparatur.“

Service und Reparatur

Diese Service- und Reparatur-Leistungen sind hierzulande in den vergangenen zehn Jahren immer stärker in Anspruch genommen worden. Dies zeigen die Zahlen der PV, die der dominierende Player in dem Bereich ist. Sie betreibt 17 eigene Reha-Einrichtungen und hat mehr als 100 Reha-Vertragspartner, zu denen private Anbieter wie Optimamed oder Vinzenz-Gruppe zählen. Hat die PV im Jahr 2013 rund 800 Millionen Euro für „Rehabilitation & Gesundheitsvorsorge“ ausgegeben, so waren es 2023 etwa 1,3 Milliarden Euro. Das entspricht einem Anstieg um fast zwei Drittel.



Foto: © andresr/ Getty Images / iStock



Foto: © Monika Pöttnner

Treiberin der heimischen Reha. Die Pensionsversicherung ist hauptverantwortlich für das österreichische Nachsorge-System: die stellvertretende Generaldirektorin Canan Aytekin (li) und Chefärztin Monika Mustak-Blagusz.

Von den 1,3 Milliarden entfielen rund 690 Millionen Euro auf die Reha – in Relation zu den insgesamt 50 Milliarden Euro, die sich öffentliche Hand und Privatpersonen im Jahr 2023 das Thema Gesundheit haben kosten lassen, ein niedriger Betrag. Christian Köck, Gesundheitsexperte und Geschäftsführer des Health Care-Anbieters HCC, verweist daher auf das „fast einmalige Kosten-Nutzen-Verhältnis“ der Reha: „Das ist ihre große Stärke: Rehabilitation ist eine der kosteneffizientesten Maßnahmen in der Gesundheitsvorsorge.“ (siehe dazu Interview auf Seite 60).

PV-Chefärztin Monika Mustak-Blagusz sieht das durchaus ähnlich: „Die Reha soll dazu beitragen, dass die Menschen möglichst rasch wieder ihren Beruf ausüben können oder, falls sie sich in der Pension befinden, so lange wie möglich selbstständig leben können.“ Das sei eine gute Investition – für den einzelnen Menschen genauso wie für die Gesellschaft.

Risiko für das System

Bei aller Freude über die gute Verfassung des Reha-Systems: Es gibt Risikofaktoren, die den Gesundheitsexperten Kopfzerbrechen bereiten. Nummer eins auf der Liste der bedrohlichen Systemschwächen ist der demografische Wandel, der dazu führt, dass der Anteil der älteren Menschen stetig steigt. Dazu Reha-Spezialist Kastner, der in der Vinzenz-Gruppe das Kompetenzfeld Rehabilitation leitet: „Zwischen 2013 und 2040 wird die Zahl der 80-Jährigen in Österreich um 200 Prozent gestiegen sein. Das hat Auswirkungen.“

Die Konsequenzen sind in den Reha-Zentren spürbar. „Durch das zunehmende Alter der Patientinnen und Patienten steigt die Zahl der multimorbiden Fälle“, schildert PV-Chefärztin Mustak-Blagusz. „Die Krankheitsbilder sind nicht mehr so eindeutig“. Statt nur mehr an einem Leiden zu laborieren, haben diese Patienten mit mehreren gesundheitlichen Problemen zu kämpfen: Zum Schulterleiden kommt eine arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes oder eine Arthrose. Und das erhöht natürlich die Anforderungen an die Reha. Das gleiche gilt für die „deutliche Zunahme an chronischen Erkrankungen“, die die PV-Medizinerin konstatiert. „Die gesundheitliche Verfassung der Menschen, wenn sie nach einem Eingriff aus dem Spital zu uns in die Reha-Zentren kommen, ist nicht mehr so gut wie früher.“ Und das schlägt sich auch in der Zahl der Bewilligungen nieder.

Optimamed-Chef Falle-Mair ist davon überzeugt, dass man die Kapazitäten vor allem im Bereich Bewegungs- und Stützapparat ausbauen muss, aber auch im Bereich der Geriatrischen Reha: „Es gibt bereits einige Optionen an geriatrisch rehabilitativen Angeboten wie zum Beispiel in akutgeriatrischen Einrichtungen oder vereinzelt gemeinnützigen Institutionen. Aber das Angebot ist bislang nur ein Tropfen auf den heißen Stein.“ Weiteren erheblichen Bedarf ortet er beim Thema psychische Gesundheit (Mental Health) – also bei psychologischer, psychotherapeutischer und psychiatrischer Betreuung. „Psychische Erkrankungen haben unter anderem auch im Zuge der Corona-Pandemie stark zugenommen. Eine Erweiterung des Rehabilitationsange-



Foto: © Optimamed

Wachstumsbranche. Optimamed-Chef Thomas Falle-Mair ist davon überzeugt, dass man vor allem in den Bereichen Bewegungs- und Stützapparat sowie Geriatrische Reha rasch mehr Kapazitäten braucht.

botes in diesem Bereich könnte dazu beitragen, die Wartezeiten zu verkürzen und den Zugang zu notwendigen Behandlungen zu erleichtern.“

Falle-Mair geht davon aus, dass die Nachfrage nach Reha-Leistungen bis 2040 deutlich steigen wird: „Wenn man konservativ rechnet, dann erwarte ich aufgrund des demografischen Wandels, des wachsenden Gesundheitsbewusstseins, der technologischen Entwicklungen und möglicher gesundheitspolitischer Maßnahmen einen realistischen Anstieg von zwei bis drei Prozent pro Jahr. Das macht ein Plus von 30 bis 45 Prozent in den kommenden fünfzehn Jahren.“

Reha-Bedarf wird steigen

Bei der PV ist man mit Prognosen zurückhaltender. Die Aufwendungen der PV für „Reha & Gesundheitsvorsorge“ sind zwar zwischen 2018 und 2023 deutlich gestiegen – und zwar von 1,05 Milliarden auf 1,3 Milliarden Euro. In diese Phase falle aber die Corona-Pandemie. Zudem habe man das Reha-Angebot in den vergangenen Jahren deutlich ausgebaut. Und mehr Angebot bedeute mehr Inanspruchnahme, erklärt PV-Generaldirektor-Stellvertreterin Aytekin. Sie geht davon aus, „dass der Bedarf an Reha-Maßnahmen weiter steigen wird. Aber für die nächsten Jahre sollten die erhöhten Kapazitäten ausreichen“. Bei einigen Indikationen wie bei Beschwerden des Stütz- und Bewegungsapparats sei man bereits am Limit. „Da sind die Anfragen sehr hoch. Wir wissen aber nicht, ob das ein Nachholeffekt aus der Pandemie ist, weil viele Patienten damals aus Angst um ihren Arbeitsplatz auf eine Reha verzichtet haben.“

Die weitere Entwicklung, so die PV-Managerin, „hängt davon ab, wie sehr die Maßnahmen greifen“. Aytekin und ihre Kollegin Mustak-Blagusz denken hier vor allem an zwei Maßnahmen, die miteinander verzahnt werden können: Die Gesundheitskompetenz bei Health Care-Dienstleistern und in der Bevölkerung erhö-

hen sowie die Prävention bekannter machen. Die Prävention ist auch ein „Herzansliegen“ von Vinzenz Gruppe-Manager Kastner: „Ich bin seit 1986 in der Branche. Und in jedem Regierungsprogramm steht das Thema Prävention. Aber wirklich getan hat sich kaum etwas.“

Experten verweisen hier auf Ansätze im skandinavischen Raum: Dort werden Trainingsprogramme für Patienten angeboten, bei denen eine Knie- oder Hüftoperation ansteht. Im Optimalfall erübrigt sich so die Operation. Weniger operative Eingriffe würden natürlich auch weniger Reha-Behandlungen zur Folge haben. Reha-Spezialist Kastner denkt beim Thema Prävention noch einige Schritte weiter: „Der demografische Wandel und die technologische Entwicklung werden zu zahlreichen Disruptionen führen.“ Ihm schwebt ein „persönlicher Gesundheitsavatar“ vor, der den Patienten aktiv bei der Prävention unterstützt. „Der Avatar könnte mich zum Beispiel rechtzeitig informieren, dass eine wichtige Impfung ansteht, und gleich für mich den Termin organisieren“, meint Kastner. „Wenn das seriös, wissenschaftlich fundiert und ethisch-moralisch einwandfrei umgesetzt werden kann, wäre das ein großer Schritt vorwärts.“ Nachsatz: „Das klingt vielleicht futuristisch, aber das Smartphone gibt es auch erst seit 2007.“

Flaschenhals ist das Personal

Die Suche nach Innovationen und Disruptionen wird aus Sicht von vielen Fachleuten vor allem durch ein Problem forciert, unter dem das Gesundheitswesen seit vielen Jahren massiv leidet: dem Mangel an gut ausgebildetem Pflegepersonal. „Der Bedarf an Pflegekräften wird sich bis 2040 im Verhältnis zu den Erwerbsfähigen verdoppeln“, so Reha-Spezialist Kastner. Der Flaschenhals beim Ausbau der Kapazitäten seien nicht Betten und Häuser, sondern das Personal. „Was helfen mir hunderte neue Betten, wenn ich kein Personal finde, das die Menschen betreut?“

Bei bestimmten Reha-Indikationen ist der Personalmangel eklatant. Dazu gehört der Bereich Mental Health. „Wir möchten unser Angebot an psychotherapeutischen und psychiatrischen Reha-Behandlungen deutlich ausbauen, aber wir finden kaum entsprechendes Fachpersonal“, so Optimamed-Chef Falle-Mair.

Eine gewisse Entlastung verspricht sich die Reha-Branche vom Ausbau der ambulanten Versorgung. Diese soll in den kommenden Jahren weiter deutlich gesteigert werden – durchaus in Kombination mit digitalen Tools und Tele-Reha in Form von Begleitung und Coaching via Video-Calls. Befürchtungen von Fachleuten wie Gesundheitsexperte Köck, dass die Patienten aus Kostengründen von der stationären Reha zur ambulanten verschoben werden sollen, widerspricht die PV. „Das System ist natürlich kein Fass ohne Boden. Es muss finanzierbar sein. Aber die ambulante Reha ist kein Ersatz, sondern eine Erweiterung des Angebots“, meint PV-Chefärztin Mustak-Blagusz. „Bei bestimmten Indikationen müssen die Menschen stationär behandelt werden. In anderen Fällen, wenn der Patient oder die Patientin mobil ist und zu Hause übernachten kann, ist eine ambulante Reha möglich und unter Umständen auch attraktiver.“

Bei der Auswahl der konkreten Reha-Form soll laut Mustak-Blagusz und ihrer Kollegin Aytekin „auch in Zukunft der Wunsch des Patienten“ soweit wie möglich im Vordergrund stehen: „Es geht darum, für den richtigen Patienten zum richtigen Zeitpunkt den richtigen Ort zu finden.“ //

Links zum Thema:



REHA-MEDIZIN – GESUNDHEITSBERUFE MIT ZUKUNFT

Mit 15 stationären und zwei ambulanten Reha-Zentren in ganz Österreich sowie rund 150 Vertragspartnern ist die Pensionsversicherung (PV) der größte Anbieter medizinischer Rehabilitation des Landes.

Ziel der Rehabilitation ist, durch eine hochwertige Versorgung die Teilhabe an Beruf und Sozialleben optimal zu unterstützen. „Die Reha-Medizin ist von zentraler Bedeutung, um die Erwerbsfähigkeit von Menschen nach akutmedizinischen Ereignissen in Folge von Unfällen, Krankheiten oder chronischen Erkrankungen wiederherzustellen oder zu erhalten. Die rasche Integration dieser Menschen in die Arbeitswelt gelingt uns nur durch unsere modernen und interdisziplinären Maßnahmen“, so Generaldirektor-Stellvertreterin Mag.^a Canan Aytekin.

Mit den teilhabeorientierten medizinischen Leistungsprofilen (MLPs), basierend auf dem bio-psycho-sozialen Modell der WHO, geht die Pensionsversicherung einen konsequenten Weg, Rehabilitation individualisiert nach den Bedürfnissen der einzelnen Patient*innen auszurichten und damit die Nachhaltigkeit der Rehabilitationsmaßnahmen und die Versorgungskontinuität sicherzustellen.

Das Arbeiten in interdisziplinären und multiprofessionellen Teams erfordert kompetente, gut geführte Kommunikation.

Foto: © iStockphoto.com/filafendron



Modernes Arbeitsumfeld

Expert*innen wie Ärztinnen und Ärzte aus den unterschiedlichsten Fachbereichen sowie Therapeut*innen und Pflegefachkräfte erstellen in multiprofessionellen Teams Betreuungskonzepte und setzen diese mit modernsten Behandlungs- und Diagnose-Tools um.

Die vielfältigen Indikationen der einzelnen Reha-Zentren bieten spannende Einblicke zu unterschiedlichen Schwerpunkten, Spezialisierungen und Alleinstellungsmerkmalen wie Gender-Medizin, Tako-Tsubo, Kunstherz/LVAD, Diabetes, Kardiomyopathien, Guillain-Barré-Syndrom, COPD, Herz- und Lungentransplantation, Post-COVID, Gastroenterologie/CED, Amputationen und vieles mehr.

Reha-Zentren als Ausbildungsstätten

Viele der Reha-Zentren sind Ausbildungsstätten für Ärztinnen, Ärzte, Therapeut*innen und andere Health Professionals. Die PV bietet zudem die Möglichkeit, Praktika als Teil der Ausbildung in einem Reha-Zentrum zu absolvieren.

Die Ausbildung und die Tätigkeit im Reha-Zentrum umfasst ein hochwertiges medizinisches und diagnostisches Angebot, aber auch die Möglichkeit, wissenschaftlich zu arbeiten und zu forschen. Der aktive interne und externe Wissenstransfer mit er-

fahrenen Kolleg*innen und vertiefende Einblicke in die verschiedensten Bereiche der Medizin tragen dazu bei, die eigene Expertise und Kompetenz zu erweitern und zu vertiefen.

Interdisziplinäre Teams, nahe an Patient*innen

Das Arbeiten in interdisziplinären und multiprofessionellen Teams erfordert kompetente, gut geführte Kommunikation und ist eine sehr spannende Aufgabe, um gemeinsam mit den Patient*innen ihre Teilhabeziele in der Rehabilitation umzusetzen.

„Das Besondere an der Arbeit in der Reha-Medizin liegt darin, dass wir die uns anvertrauten Menschen begleiten, wieder in ihren Alltag zurückzufinden, und sie darin unterstützen, ihre Teilhabeziele zu erreichen. Jede und jeder von ihnen hat seine ganz eigene Krankengeschichte und wir als Team entwickeln für alle einen individuellen Therapieplan. Als Ergebnis sehen wir, welche Fortschritte die Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthalts bei uns machen – das ist jedes Mal ein unglaublich schönes Erlebnis“, so Chefärztin Dr.ⁱⁿ Monika Mustak-Blagusz, MBA.



Engagierliche Einschätzung

Rehabilitationszentrum Engelsbad

2500 Baden bei Wien, NÖ

- Rehabilitation bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates

www.rz-engelsbad.at



Therapiezentrum Buchenberg

3340 Waidhofen an der Ybbs, NÖ

- Rehabilitation bei neurologischen Erkrankungen
- Rehabilitation bei Stoffwechselerkrankungen
- Genesung

www.tz-buchenberg.at



Therapiezentrum Rosalienhof

7431 Bad Tatzmannsdorf, Bgld.

- Rehabilitation zur onkologischen Nachbehandlung
- Ambulante onkologische Rehabilitation Phase 2 und Phase 3
- Behandlung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises bzw. des Stütz- und Bewegungsapparates, mit oder ohne kardiovaskuläre Erkrankungen und Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus bzw. Fettstoffwechselstörungen

www.tz-rosalienhof.at



Therapiezentrum Justuspark

4540 Bad Hall, OÖ

- Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen
- Behandlung von arbeitsbezogenen Traumafolgestörungen sowie psychosomatischen Störungen (chronifizierte somatoforme Schmerzsyndrome)

www.tz-justuspark.at



Rehabilitationszentrum Austria

4701 Bad Schallerbach, OÖ

- Rehabilitation bei Herz-Kreislauferkrankungen
- Rehabilitation bei Stoffwechselerkrankungen
- Rehabilitation bei Atemwegserkrankungen

www.rz-austria.at



Gesundheitszentrum Resilienzpark Sitzenberg

3454 Sitzenberg-Reidling, NÖ

- Aufenthalte zur Gesundheitsförderung für erwerbstätige Versicherte und Angehörige

www.gz-sitzenberg.at



Gesundheitseinrichtung Josefhof

8044 Graz-Mariatrost, Stmk.

- Aufenthalte zur Nikotinentwöhnung
- Gesundheitsförderung für Seniorinnen und Senioren

www.ge-josefhof.at



Gesundheitseinrichtung Bad Hofgastein

5630 Bad Hofgastein, Sbg.

- Physio Aktiv - Kuraufenthalte bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- Kur Plus bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates mit individualisierten Therapiemöglichkeiten
- Kuraufenthalte mit spezieller Indikation: Trauma, Heilstollen

www.ge-badhofgastein.at



Gesundheitseinrichtung Bad Schallerbach

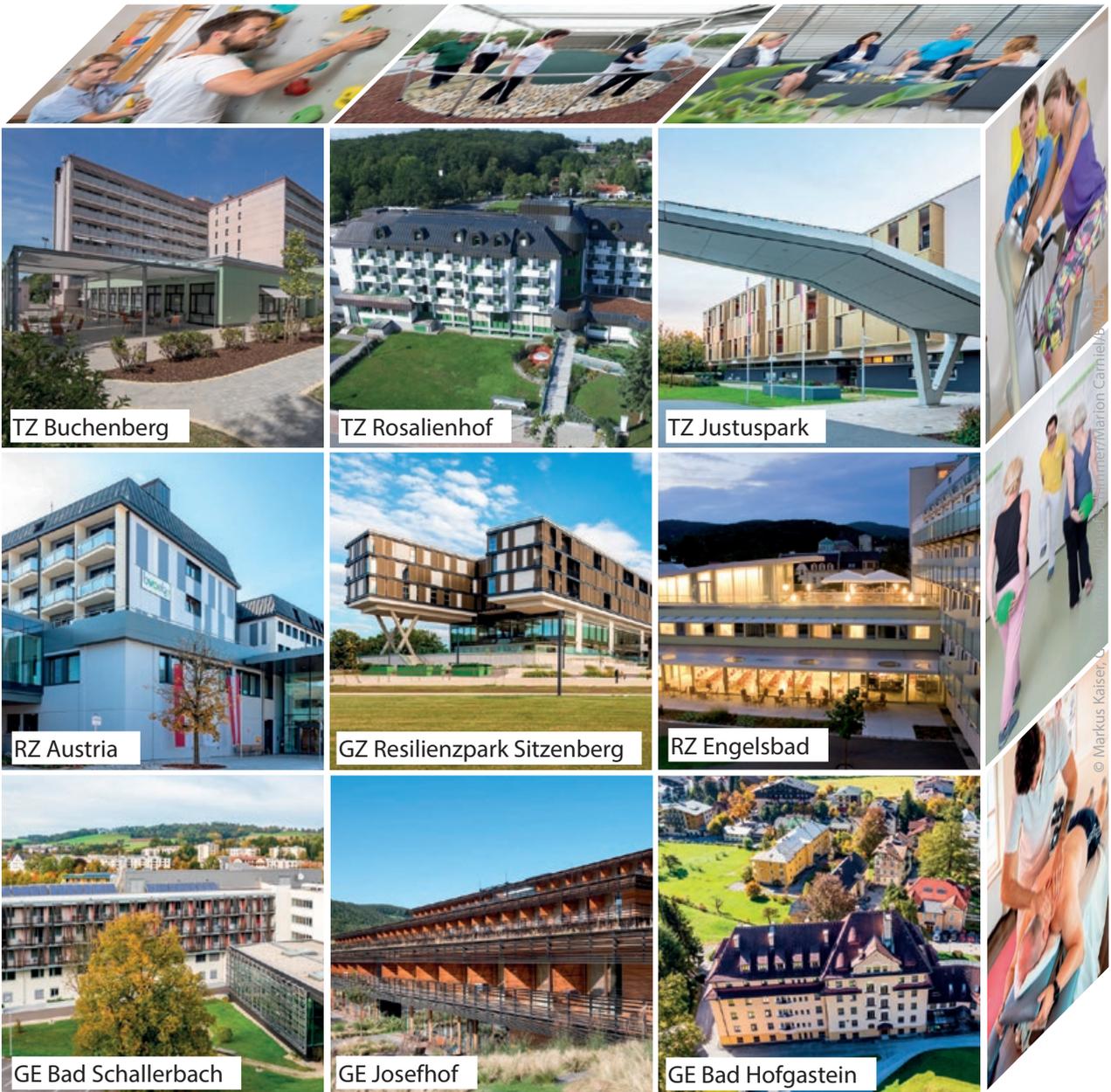
4701 Bad Schallerbach, OÖ

- Physio Aktiv - Kuraufenthalte bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- Kur Plus bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates mit zusätzlichem Präventionsprogramm

www.ge-badschallerbach.at



**GESUNDHEITSFÖRDERUNG
PRÄVENTION
REHABILITATION**



Therapiezentrum Buchenberg
Waidhofen a. d. Ybbs, NÖ
Rehabilitationszentrum Austria
Bad Schallerbach, OÖ
Gesundheitseinrichtung Bad Schallerbach
Bad Schallerbach, OÖ

Therapiezentrum Rosalienhof
Bad Tatzmannsdorf, Bgld
Gesundheitszentrum Resilienzpark Sitzenberg
Sitzenberg-Reidling, NÖ
Gesundheitseinrichtung Josefhof
Graz-Mariatrost, Stmk

Therapiezentrum Justuspark
Bad Hall, OÖ
Rehabilitationszentrum Engelsbad
Baden bei Wien, NÖ
Gesundheitseinrichtung Bad Hofgastein
Bad Hofgastein, Sbg

„Reha rechnet sich“

Christian Köck, Gesundheitsexperte und Geschäftsführer des Health Care-Anbieters HCC spricht im Interview mit der ÖKZ über die „fast einmalige“ Kosteneffizienz der medizinischen Nachsorge – und welche Belastungen auf das heimische Reha-System zukommen.

Interview: Martin Hehemann

Herr Köck, wie wichtig ist die Reha für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem?

Christian Köck: Ich halte sie für sehr wichtig. Sie wird oftmals unterschätzt. Sie ist ein ganz wesentliches Element des Gesundheitssystems – und zwar besonders mit Blick auf ihr fast einmaliges Kosten-Nutzen-Verhältnis. Das ist eine große Stärke der Reha: Sie ist eine der kosteneffizientesten Maßnahmen in der Gesundheitsvorsorge.

Können Sie das in Zahlen ausdrücken?

Ein Reha-Tag kostet die Sozialversicherung 250 Euro im Durchschnitt. Bei einer Reha von 20 Tagen macht das 5.000 Euro. Wenn das dazu führt, dass eine Patientin nach einem Oberschenkelhalsbruch wieder selbstständig leben kann, dann ist das ein Nichts. Besonders im Vergleich mit der Alternative. Nämlich, dass sie eine 24-Stunden-Betreuung braucht oder in einer Pflegeeinrichtung untergebracht werden muss. Ganz abgesehen natürlich vom persönlichen Wohlbefinden der Patientin und dem Umstand, dass es lebenszeitverkürzend ist, wenn sie nicht mehr am Leben teilnehmen kann.

Wie hoch ist der Anteil der Reha an den Gesundheitsausgaben in Österreich?

Ich habe hier keine offiziellen Zahlen. Aber ich gehe davon aus, dass wir in Österreich für Anschluss-Heilverfahren und Reha-Heilverfahren zwischen 300 und 400 Millionen Euro pro Jahr ausgeben. Das sind rund 1 Prozent der öffentlichen Gesundheitsausgaben – und im Vergleich zum Nutzen vernachlässigbar.

Wie gut ist das Reha-System in Österreich auf die Zukunft vorbereitet? Es mangelt ja nicht an Herausforderungen. Ich denke da zum Beispiel an die Überalterung der Bevölkerung oder die starke Zunahme von psychischen Erkrankungen in den vergangenen Jahren.

Das waren genau genommen zwei Fragen. Zur ersten: Das Reha-System ist in Öster-

reich Gott sei Dank recht gut aufgestellt. Das liegt auch daran, dass es eine lange Tradition hat. Aber – und damit komme ich zu Ihrer zweiten Frage – es gibt tatsächlich eine Reihe von Herausforderungen, wie die demografische Entwicklung. Aber ich sehe auch viele Möglichkeiten. Es geht darum, die richtigen Maßnahmen zu setzen, um diese Möglichkeiten zu nutzen.

Woran denken Sie?

Ich denke hier vor allem an die Digitalisierung – und zwar im Wesentlichen an die Tele-Reha. Sie kann sehr hilfreich sein. Ein Beispiel: Ein Kardio-Patient wurde operiert und hat anschließend eine sta-

tionäre Reha absolviert. Nun kommt er nach Hause und sollte seinen Lebensstil anpassen, damit er in einem halben Jahr nicht wieder im OP landet. Es geht darum, dass er das, was er in der Reha gelernt hat, in den Alltag übernimmt. Dabei kann die Tele-Reha sehr gut helfen – mit Apps und/oder mit Unterstützung und Coaching durch Therapeuten.

Kann die Digitalisierung auch bei der stationären Reha helfen?

Ja. Nehmen Sie die Zeit vor dem Antritt der Reha. Je mehr die Verantwortlichen über eine Patientin vor Reha-Antritt wissen, desto besser kann man eine auf sie



Foto: © Stoegmueller Katharina / VGN Medien Holding / picturedesk.com

Zur Person:

Prof. DDr. Christian Köck ist Vorstand der HCC Health Care Company GmbH in Wien, die Gesundheitseinrichtungen in Österreich managt. Köck war unter anderem im Vorstand des damaligen Wiener Krankenanstaltenverbundes und Inhaber des Lehrstuhls für Gesundheitspolitik und Gesundheitsmanagement sowie Dekan der Fakultät für Medizin an der Universität Witten/Herdecke.



zugeschnittene Therapie planen. Derzeit schaut der Ablauf in der Regel so aus: Die Patientin stellt einen Reha-Antrag. Der wird genehmigt. Die Patientin erhält einen Reha-Termin bei einer Einrichtung. Dort findet sie sich pünktlich ein. Bei der Aufnahme werden dann bestimmte Parameter erhoben, auf deren Basis der Reha-Plan für die Patientin erstellt wird. Diesen Prozess kann man verbessern, indem die Patientin schon vor dem Antritt der Reha mit der Einrichtung in Kontakt tritt und wichtige Informationen weitergibt. Bei einer Schulteroperation könnte das etwa sein: Wie beweglich ist sie derzeit? Wie stark ist sie eingeschränkt?

Aber was hat das mit Digitalisierung zu tun?

Zunächst geht es um die Veränderung des Prozesses. Aber die Digitalisierung kann ganz wesentlich unterstützen. Der Fantasie sind hier keine Grenzen gesetzt. Sie können die Patientin zum Beispiel bitten, vorher auf einer Internet-Maske wesentliche Daten einzugeben und auch Fragen zum Gesundheitszustand zu beantworten und die Zeile für den Reha-Aufenthalt aus Sicht der Patientin. Auch über einen Video-Call ist es möglich, zusätzliche Informationen zu erhalten. Das Grundprinzip ist dabei immer dasselbe: Je mehr die Einrichtung über die Patienten weiß, desto besser kann sie sich auf sie einstellen und den Aufenthalt effizienter planen.

Ist das reine Zukunftsmusik oder wird es schon praktiziert?

Es gibt erste Ansätze bei den Einrichtungen, aber da ist noch viel Luft nach oben. Wir wissen, dass in den nächsten Jahren 90 Prozent der potenziellen Patientinnen und Patienten über ein Smartphone verfügen werden. Da ist vieles vorstellbar. Ich halte es hier auch für ganz entscheidend, dass die Sozialversicherungsträger ihren Ansatz ändern: von der Input-Orientierung hin zur Outcome-Orientierung. Die PV hat schon einige Schritte in diese Richtung gemacht.

Was darf man sich darunter vorstellen?

Bislang dominiert noch die Input-Orientierung. Sie ist anhand von Leistungsprofilen stark standardisiert. Jemand, der mit einer Herz-Kreislauf-Erkrankung zur Reha kommt, erhält X Inpoteinheiten Einzeltherapie, Y Einheiten Ergometer und Z Einheiten Vorträge. Das ist die Leistung, die die Einrichtung erbringen muss. Jetzt gibt es aber Patientinnen und Patienten, die schon das fünfte Mal kommen. Die muss ich zum Beispiel nicht mehr in die Vorträge schicken. Ich verstehe schon, dass die Sozialversicherung sicherstellen möchte, dass die Einrichtung die bezahlten Leistungen auch tatsächlich erbringt. Aber das geht mit einer Outcome-Orientierung letztlich auch.

Ich vermute stark, dass die Outcome-Orientierung sich stärker an die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten richtet ...

Damit liegen Sie richtig. Was hilft mir eine kostengünstige, standardisierte Reha, die nicht wirksam ist? Das Wesentliche ist: die Partizipation der Patienten

am täglichen Leben zu erhalten oder zu verbessern. Dazu muss man mit Patienten machbare Ziele aushandeln. Das Geld für die Reha ist dann am besten eingesetzt, wenn sie die individuellen Vorgaben des Patienten erreicht. Und das kann zum Beispiel bei Patienten mit einem Schulterproblem ganz unterschiedlich sein. Die können sie nicht alle über einen Kamm scheren. Der Patient könnte zum Beispiel

„Das Geld für die Reha ist dann am besten eingesetzt, wenn sie die individuellen Vorgaben des Patienten erreicht.“

sagen: Damit ich allein zu Hause leben kann, muss ich in der Lage sein, den Geschirrspüler auszuräumen und die Tassen in das Oberkasterl hineinzustellen. Dazu muss ich meine Arme heben können. Ein anderer könnte sagen: Das Wichtigste ist für mich, dass ich wieder mit meinen Freunden wandern kann. Auf diese unterschiedlichen Ziele müssen die Therapien ausgerichtet werden.

Sie sagen, die PV geht bereits in diese Richtung. Wie schaut es bei den anderen Sozialversicherungsträgern aus?

Die PV ist hier dominierend, weil die anderen Sozialversicherungsträger sich in der Regel ihr unterordnen. Da wäre stärkerer Ideenwettbewerb wünschenswert.

Stichwort Ideen: Was halten Sie von der Idee, die Reha verstärkt in den ambulanten Bereich zu verschieben?

Die PV übt hier starken Druck aus. Ich sehe das aber kritisch. Bei Kardio-Erkrankungen ist es zum Beispiel sehr wichtig, dass die Patientinnen und Patienten ganz gezielt aus der Alltagsumgebung herausgenommen werden, um grundsätzlich ihren Lebensstil zu verändern und Stress abzubauen. Das geht nur mit dem stationären Aufenthalt. Die Kosten sollten aus meiner Sicht hier nicht im Vordergrund stehen. Denn wie schon gesagt: Eine Reha ist dann kosteneffizient, wenn sie wirkt. //

Quellen und Links:

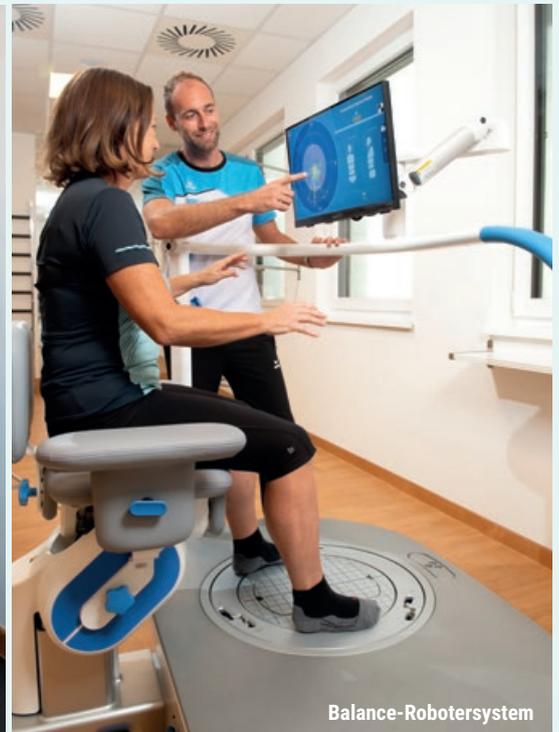


INNOVATIVE REHABILITATION: ROBOTERTRAINING UND ANTIGRAVITATIONSLAUFBAND

Die Rehabilitation hat sich in den letzten Jahren durch innovative Technologien stark weiterentwickelt. Im Medizinischen Zentrum Bad Vigaun wird robotergestützte Therapie bei Patientinnen und Patienten nach Operationen an Gelenken und der Wirbelsäule eingesetzt. Und das mit großem Erfolg. Zwei herausragende Beispiele sind das „Hunova Balance-Robotersystem“ und ein „Antigravitationslaufband“.



Antigravitationslaufband



Balance-Robotersystem

Sensorgesteuerte Roboter-Plattform mit spielerischer Note

Hunova Balance Robotik ist ein sensorgesteuertes Gerät, das speziell entwickelt wurde, um das Gleichgewicht, die Stabilität und die Koordination der Patientinnen und Patienten zu fördern. Das klassische Training auf instabilen Untergründen findet damit in einer neuen Dimension statt und, wie Dr. Josef Sturm, Therapieleiter im Medizinischen Zentrum Bad Vigaun, erklärt, die sensorgesteuerte Roboterplattform ermöglicht eine schnellere und individuell angepasste Rehabilitation nach Opera-

tionen. Besonders nach Eingriffen an Wirbelsäule, Hüfte oder Knie bietet das Gerät eine wertvolle Unterstützung, da es Echtzeit-Feedback zur Bewegung und Haltung gibt, wodurch der Rehabilitationsprozess optimiert wird.

Primar Dr. Hildebert Hutt, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Ärztlicher Leiter der Rehabilitation im Medizinischen Zentrum Bad Vigaun, betont den spielerischen Aspekt: „Das Training macht durch spielerische Elemente mehr Spaß. Sitzend mit kleinen Beckenbewegungen Ping-Pong zu spielen oder im

Stehen einen Punkt mitten ins Fadenkreuz zu manövrieren, weckt den Spieltrieb in jedem Menschen.“ Das fördert die Motivation der Patientinnen und Patienten und erhöht gleichzeitig die Erfolgserlebnisse auf dem Weg zurück in den Alltag.

Auch em. Univ.-Prof. Dr. Anton Wicker, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, hebt hervor, dass das Robotersystem besonders geeignet ist, das Gleichgewicht und die Haltungsvermögen zu trainieren: „Ein stabiler Rumpf ist Voraussetzung für gesunde und sichere Bewegung.“ Das System nutzt eine Kombina-

tion aus aktiven und passiven Übungen, die durch drahtlose Sensoren in Echtzeit überwacht werden. Dies gibt nicht nur den Therapeuten wichtige Rückmeldungen über Fortschritte und Defizite, sondern motiviert auch die Patientinnen und Patienten, da sie sichtbare Erfolge ihrer Bemühungen sofort erkennen können.

Wicker ergänzt: „Gleichgewicht und Gangbild verbessern sich deutlich.“ Das Gerät ermöglicht durch die präzise Messung der Bewegungen eine individuelle Anpassung der Übungen und hilft dabei, spezifische Schwachstellen gezielt zu bearbeiten. Dies trägt maßgeblich dazu bei, dass die Patientinnen und Patienten schneller wieder fit werden und ihre Mobilität zurückgewinnen.

Bewegen ohne Schwerkraft mit dem Antigravitationslaufband

Während das Hunova Balance-Robotersystem vor allem auf Gleichgewicht und Stabilität fokussiert, bietet das Antigravitationslaufband eine einzigartige Möglichkeit, frühzeitig nach Operationen mit schmerzfreier Mobilisation zu beginnen. Diese Technologie wurde ursprünglich für die NASA entwickelt, um Astronauten im Weltraum zu trainieren, das Potenzial für die medizinische Rehabilitation wurde schnell erkannt. Das Prinzip basiert auf einer Druckkammer, in der bis zu 80 Prozent des Körpergewichts reduziert werden können, was ein nahezu schwereloses Training ermöglicht.

Primar Dr. Hutt beschreibt die Vorteile des Laufbandes so: „Durch die gefühlte Schwerelosigkeit können sich Patientinnen und Patienten schmerzfrei bewegen, das fördert ein natürliches und gesundes Gangbild.“ Besonders nach Knie- oder Hüftoperationen ermöglicht das Laufband eine gezielte Mobilisation schon in einer sehr frühen Phase der Rehabilitation, was den gesamten Genesungsprozess beschleunigt.

Ein weiterer Vorteil des Antigravitationslaufbandes liegt in der Anpassungsfähigkeit des Trainings. Geschwindigkeit, Bewegungsintensität und das Maß der Gewichtsreduktion können individuell angepasst werden, wie Dr. Wicker betont: „Am Laufband kann man auch schon trainieren, wenn die Wunde noch zu frisch für Mobilisation im Wasser ist.“ Diese Flexibilität macht das Gerät zu einem idealen Werkzeug in der Rehabilitation, da es selbst in den empfindlichen Anfangsphasen nach einer Operation eingesetzt werden kann.



„Hunova Balance Robotik unterstützt die Therapie von Patientinnen und Patienten mit geriatrischen Problemen ebenso wie das Training im Spitzensport.“

Primar Dr. Hildebert Hutt
Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie,
Ärztlicher Leiter der Rehabilitation im Medizinischen Zentrum Bad Vigaun



„Bewegung ist die beste Medizin. Am Antigravitationslaufband kann man auch schon trainieren, wenn die Wunde noch zu frisch für Mobilisation im Wasser ist.“

Em. Univ.-Prof.
Mag. DDr. Anton Wicker, MSc
Facharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation, Rheumatologie, Sportmedizin



„Unsere roboter- und technologiegestützte Therapie führt besonders bei Wirbelsäulen-, Hüft- oder Knieoperationen zu einer rascheren Rehabilitation und messbaren Erfolgen.“

MMag. Dr. Josef Sturm
Therapieleiter

Vorteile der frühzeitigen Mobilisation

Ein zentrales Prinzip der modernen Rehabilitation ist die frühzeitige Mobilisation, da sich dadurch die Genesungsprozesse deutlich beschleunigen lassen. Dies wurde im Medizinischen Zentrum Bad Vigaun in einer Studie untersucht, die zeigte, dass Patientinnen und Patienten, die früh mit der Rehabilitation beginnen, signifikant bessere Ergebnisse in den Bereichen Kniebeugung, Kniestreckung, Gleichgewicht und Schrittlänge erzielen. Wie Dr. Hutt erklärt, verhindert die schnelle Mobilisierung das Entstehen von Fehlhaltungen und ungesunden Ausgleichsbewegungen, die durch Schonhaltungen entstehen können: „Durch längere Ruhigstellung verliert man rasch nicht nur an Muskelmasse und Kraft, sondern verlernt auch den natürlichen Bewegungsablauf.“ Durch den Einsatz des Antigravitationslaufbandes können diese Risiken minimiert und die Patientinnen und Patienten schrittweise wieder an eine normale Belastung herangeführt werden.

Fazit: Technologie als Schlüssel zur erfolgreichen Rehabilitation

Sowohl die sensorgesteuerte Balance-Plattform als auch das Antigravitationslaufband sind herausragende Beispiele dafür, wie moderne Technologien den Rehabilitationsprozess optimieren können. Durch den Einsatz von Robotik und Sensorik beim Board sowie der nahezu schwerelosen Bewegung auf dem Antigravitationslaufband wird die Genesung nicht nur effizienter, sondern auch angenehmer für die Patientinnen und Patienten. „Die Möglichkeit, gezielt auf individuelle Bedürfnisse einzugehen und die Fortschritte in Echtzeit zu verfolgen, erhöht die Motivation und führt zu schnellerem und nachhaltigerem Erfolg“, weiß Dr. Sturm aus seiner täglichen Arbeit.

In den Worten von Dr. Wicker: „Bewegung ist die beste Medizin.“ Dies spiegelt sich in den positiven Erfahrungen wider, die sowohl von den Patientinnen und Patienten als auch von den behandelnden Ärzten im Medizinischen Zentrum Bad Vigaun berichtet werden. Die innovative Kombination aus Technologie und klassischer Therapie bietet neue Perspektiven in der Rehabilitation und hilft, das Leben vieler Menschen nachhaltig zu verbessern.



Medizinisches Zentrum
Bad Vigaun
www.badvigaun.com



Vertraute Gesichter. Mit dem Anspruch auf Elternbegleitung für Kinder bis 14 Jahre wurde ein Meilenstein für ein erfolgreiches Kinderreha-System gesetzt.

Bessere Chancen für junge Patienten

In Österreich wurde binnen sieben Jahren ein Netz von sechs spezialisierten Kinder- und Jugend-Rehabilitationszentren aufgebaut. Der seit dem Vorjahr bestehende Anspruch auf familienbegleitete Kinderreha verändert alles.

Von Josef Ruhaltinger

Kinder vergessen nicht. Nach der Pandemie kam eine 12-jährige Patientin in die Kinder- und Jugendreha Bad Erlach, die sich die Hände wund gewaschen hatte. Sie verbrauchte am Tag ein ganzes Seifenstück zum Händewaschen. Nach langen Gesprächen mit den Psychotherapeutinnen des Hauses zeigte sich: Die Kleine hatte Angst, ihre Großeltern anzustecken und zu töten, wie sie sagte. Aus eigenem Antrieb konnte das Mädchen den Waschzwang nicht mehr stoppen.

Traumatisierungen haben unter Kindern und Jugendlichen seit COVID dramatisch zugenommen. Vor sieben Jahren hätte dem Mädchen in Österreich nur schwer geholfen werden können. Heute existiert für seelisch und physisch verletzte Kinder ein hochspezialisiertes Betreuungssystem: Eine Kinder- und Ju-

gendlichen-Rehabilitation, die diesen Namen verdient, wurde in Österreich erst 2016 in Angriff genommen. 2017 wurden die ersten spezialisierten Nachsorgezentren eröffnet. Bis dahin mussten die jungen Patienten in eine Reha-Einrichtung für Erwachsene oder ins Ausland.

Im März 2023 hat mit dem Kinderreha-Zentrum im Tiroler Wiesing der sechste Kinder- und Jugendreha-Standort eröffnet. Seither stehen in Österreich 343 Betten für Kinder und Jugendliche plus 50 Betten für die familienorientierte Rehabilitation bei hämatonkologischen Erkrankungen zur Verfügung. Dazu kommen fast ebenso viele Betten für Begleitpersonen. Damit ist die Umsetzung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2012 und dem dazugehörigen Kapitel der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation fürs Erste beendet.

Der am Ende zügige Aufbau einer Jugendreha in Österreich ist Ergebnis von medizinischer Evidenz und politischen Drucks. Markus Wieser ist Gründer und Obmann des Fördervereins der Kinder- und Jugendrehabilitation. Im Brotberuf ist Wieser Präsident der Arbeiterkammer Niederösterreich. 2008 erkrankte seine damals 8-jährige Tochter an Leukämie. Wieser musste nach ihrer glücklichen Heilung feststellen, dass es keinerlei Kinderplätze für eine Nachversorgung in Österreich gab. Mit der Gründung des Fördervereins sorgte er – auch nach Ansicht der seit Jahrzehnten aktiven Kinder-Mediziner und Medizinerinnen der tonangebenden Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGJK) – für die notwendige politische und mediale Aufmerksamkeit, um das Thema Kinderreha entscheidend anzuschieben. Für die Umsetzung gab es damit zwei Ansatzpunkte: Der Förderverein entwickelte zum einen den nötigen politischen Antrieb, die ÖGJK trieb die inhaltliche Ausgestaltung an. 2015 kam es zur alles entscheidenden Einigung zwischen Sozialversicherungsträgern und Bundesländern über ein jährliches Gesamtfinanzierungsvolumen von 33 Mio. Euro. Damalige Gesundheitsministerin: Sabine Oberhauser. Der Grund, warum Kasse und Länder gemeinsam an den Verhandlungstisch gezwungen wurden, ist ein Abbild des zersplitterten heimischen Gesundheitssystems: Bis dahin waren bei Kindern die Länder für die Rehabilitation von angeborenen Störungen zuständig, die Sozialversicherung bei erworbenen Störungen. Das kann man eigentlich nicht erfinden.

Keine kleinen Erwachsenen

Kinder verlangen nach Wohlfühlatmosphäre. Die Architektur der Kinderreha-Zentren unterscheidet sich grundlegend von den weitgehenden Zweckbauten klassischer Rehabilitationszentren: Anstelle von Ein- und Zweibettzimmern gleichen deren Wohneinheiten eher Apartments, in denen auch gekocht und gearbeitet werden kann. Wichtiger Bestandteil jedes Kinderreha-Konzepts sind Kindergärten und schulische Betreuung. Denn die betroffenen Kinder sind durch Unfall oder Krankheit in vielen Fällen seit Wochen oder Monaten nur an Krankenhausumgebung gewöhnt. Sozialer Umgang mit anderen Kindern wird so zum gewonnenen Tag.

„Es war ein weiter Weg, bis die Zentren hochgezogen wurden. Und ich bin froh, dass es sie endlich gibt. Aber wir haben durch die Pandemie zwei Jahre verloren“, ärgert sich Reinhold Kerbl, Primar der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde am LKH Hochsteiermark Standort Leoben. Er ist Generalsekretär der ÖGJK und einer von mehreren Wegbereitern der Kinder- und Jugendreha in Österreich: „Kinder wurden in der Rehabilitation lang behandelt wie kleine Erwachsene“, ist Reinhold Kerbl heute noch irritiert. Dabei sei klar, dass Kleinkinder ebenso wie Teenager bis 18 Jahre „nach einem anderen Zugang verlangen als ältere und alte Menschen“.

Wenn sich Kinder nach schwerer Erkrankung oder Verletzung einer mehrwöchigen Rehabilitation unterziehen müssen, tun sie dies in Begleitung zumindest eines Elternteiles. Doch für viele Eltern, die im Arbeitsleben stehen, war die wochenlange Abwesenheit mit großen Schwierigkeiten verbunden. Aus Angst vor einer Kündigung nahmen viele Erziehungsberechtigte Urlaub

oder Zeitausgleich, um ihren Sprösslingen bei der Reha in einer oft weit vom Wohnort entfernten Einrichtung beizustehen. Seit 1. November 2023 besteht ein Rechtsanspruch für Eltern zur Begleitung der Kinder beim Reha-Aufenthalt – inklusive Kündigungsschutz. Eltern müssen nicht mehr Urlaub nehmen, wenn sie ihr Kind bei einer länger andauernden Rehabilitation begleiten. Insgesamt vier Wochen lang können die Erziehungsberechtigten künftig ihrem Kind zur Seite stehen, wobei sich Elternteile diese Zeit aufteilen können. Im Rahmen der sogenannten Familienrehabilitation –, die etwa bei onkologischen Indikationen vor-



Foto: © photoneus.at/Georges Schneider / 015

Anschubkräftig. Markus Wieser, AK-Präsident für NÖ, gründete aus persönlicher Betroffenheit einen Förderverein für Kinder- und Jugendrehabilitation. Erst dann wurden die langjährigen Forderungen der Kinder- und Jugendmediziner nach speziellen Reha-Einrichtungen gehört.

gesehen ist –, haben beide Elternteile Anspruch auf eine vierwöchige Freistellung. Zugleich erhalten Eltern, die ihr Kind bei der Reha begleiten, zur finanziellen Absicherung für diesen Zeitraum Pflegekarenzgeld. Auch Geschwisterkinder sind in das Reha-Programm der krebserkrankten Schwester oder des Bruders aufgenommen. Wenn ein Elternteil so lange von zu Hause abwesend ist, muss auch die Betreuung der restlichen Kinder sichergestellt sein. Teenager, die über 12 Jahre alt sind und ohne Begleitung in die Reha kommen, haben ebenfalls einen erhöhten Bedarf an Betreuung, der über sozialpädagogisch geschultes Personal abgedeckt wird.

Neusortierung

Geht es nach Primar Reinhold Kerbl, dann muss die im Rehabilitationsplan 2009 festgelegte Bettenverteilung nachjustiert werden. Es hat sich herausgestellt, dass der Bedarf an pulmonologischen Rehabilitationsbetten geringer ist als gedacht, während für psychiatrische und psychosoziale Rehabilitation mehr Plätze gebraucht werden, als ursprünglich veranschlagt. Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen hat

SECHS PLÄTZE DES KINDESWOHLS



**Reha-Zentrum Rohrbach-Berg
(Versorgungszone Nord)**

Die Kinder- und Jugendreha in Rohrbach-Berg/Mühlviertel bietet 36 Betten für mobilisierende Rehabilitation, 17 Betten für Herz-Kreislauf und Pulmologie-Reha, 24 Betten für psychosoziale Rehabilitation und 67 Betten für Begleitpersonen.

Indikationsbereich: Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, der Atemwege, des Stütz- und Bewegungsapparates sowie psychische Erkrankungen.

Betreiber: kokon



**Kinderreha Leuwaldhof
(Versorgungszone Nord)**

Im Leuwaldhof/St. Veit im Pongau stehen 20 Betten für hämatoonkologische Rehabilitation, 50 Betten für Onko-Nachsorge und 12 Betten für Rehabilitation bei Krankheiten des Stoffwechselsystems und des Verdauungsapparates zur Verfügung.

Indikationsbereich: Rehabilitation im Bereich der Onkologie sowie Stoffwechsel und Verdauungsapparat.

Betreiber: VAMED



**Kinderreha Wildbad/Einöd
(Versorgungszone Süd)**

Im Kinder- und Jugendrehabilitationszentrum Wildbad im Bezirk Murau an der steirisch-kärntnerischen Grenze stehen 28 Betten für die kardiologische und pulmologische Rehabilitation, 24 Betten für die Rehabilitation für seelische Gesundheit sowie 28 Betten für Begleitpersonen zur Verfügung.

Indikationsbereich: Mental Health, Kardiologie, Pulmologie

Betreiber: OptimaMed/Senecura



**Klinik Judendorf-Straßengel
(Versorgungszone Süd)**

Im Kinder- und Jugendrehabilitationszentrum Judendorf-Straßengel (circa fünf Kilometer nordwestlich der Landeshauptstadt Graz) stehen 31 Betten für mobilisierende Rehabilitation und 31 Betten für Begleitpersonen zur Verfügung.

Indikationsbereich: Mobilisierung (Neurologie; Orthopädie; Neurochirurgie; Kinderchirurgie und Rheumatologie).

Betreiber: Mare-Gruppe



**Kinderreha Bad Erlach
(Versorgungszone Ost)**

In der Kinder- und Jugendreha Bad Erlach (Bezirk Wr. Neustadt Land) stehen 67 Betten für mobilisierende Rehabilitation und 47 Betten für psychosoziale Rehabilitation, sowie 106 Betten für Begleitpersonen zur Verfügung.

Indikationsbereich: Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates sowie psychische Erkrankungen/Mental Health

Betreiber: kokon



**Kinderrehabilitation Wiesing
(Versorgungszone West)**

Das Kinder- und Jugendrehabilitationszentrum Wiesing (Bezirk Schwaz/Tirol) repräsentiert den vorerst letzten Baustein im Jugendreha-Plan. Im Haus stehen 22 Betten für mobilisierende und 15 Betten für psychosoziale Rehabilitation sowie 22 Plätze für Begleitpersonen zur Verfügung.

Indikationsbereich: Mobilisierende Rehabilitation, Mental Health

Betreiber: OptimaMed/Senecura



Foto: © Verne Rothmann

Streitbar. Reinhold Kerbl ist Primar der Kinder- und Jugendabteilung am LKH Hochsteiermark/Leoben. Er fordert eine Anpassung der Bettenzahl an die jeweiligen Indikationen: Der Bedarf an psychiatrischen und psychosozialen Rehabilitationsbetten sei höher als geplant.

manchen Kollegen und Kolleginnen könnte auch die Scheu vor dem Ausfüllen des Antragsformulars eine Rolle spielen, vermutet Kerbl. Diese Angst möchte er seinen Kollegen nehmen: „Das Ausfüllen des Vordruckes dauert nur ein paar Minuten“, unterstreicht er. Das zweiseitige Formular, das für alle Indikationen und alle sechs heimischen Einrichtungen gilt, bestehe hauptsächlich aus Passagen zum Ankreuzen.

Und dann gibt es noch ein ganz grundsätzliches Problem. „Die Rehabilitationszentren haben mit den gleichen Problemen zu kämpfen wie das gesamte Gesundheitssystem: mit einem eklatanten Mangel an Fachkräften“, stellt Kerbl klar. Es fehlt an allen Ecken und Enden an Ärzten und Ärztinnen sowie Pflegepersonal. Fehlende Fachärzte haben zur Folge, dass bestimmte Heilanzeigen in den Zentren nicht mehr geleistet werden können, obwohl sie dafür vorgesehen sind. Derzeit kann eine Kinder-Rehabilitation für kardiologische Erkrankungen ausschließlich in Rohrbach durchgeführt werden. //

in den letzten Jahren rasant zugenommen. Hinzu kommt, dass sich zwei Rehabilitationszentren – Rohrbach und Bad Erlach – infolge der COVID-19-Pandemie vermehrt auf die Rehabilitation von Long COVID bzw. Post COVID bei Kindern und Jugendlichen konzentrieren müssen.

Ein weiteres Problem ist, dass die Indikationen der Kinder- und Jugendrehabilitation bei vielen Ärzten zu wenig verankert sind. „Wir müssen daran arbeiten, dass sich die Information noch weiter verbreitet“, betont der Kinder- und Jugendpsychiater. Bei

OptimaMed - Mein Weg zu bester Gesundheit

Rehabilitation für Kinder und Erwachsene, Kur und Gesundheitsvorsorge Aktiv, Therapie- und Trainingszentren, Dialysezentrum

NEU!

Stoffwechsel
Rehabilitation
Bad St. Leonhard

**BESTE MEDIZINISCHE BETREUUNG UND
MODERNSTE THERAPIEN**

OptimaMed Gesundheitsresorts (GVA und Kur) Bad Mitterndorf, Bad St. Leonhard, Bad Wimsbach, Oberzeiring, Salzerbad, St. Josef, Weissenbach, Weißbriach

OptimaMed Rehabilitationszentren Aspach, Bad St. Leonhard, Bad Wimsbach, Kittsee, Perchtoldsdorf, Raxblick, Wiesing, Wildbad, Ambulante Rehabilitation: Klagenfurt, Wiener Neustadt

OptimaMed Therapiezentren Aspach, Judenburg, St. Veit a.d. Glan, Wildbad


optimamed
Mein Weg zu bester Gesundheit

T +43 (0)1 585 61 59
E office@optimamed.at
www.optimamed.at

WENN DIE PSYCHE KRANK IST: APR SALZBURG HILFT SEIT 10 JAHREN ZURÜCK INS LEBEN



**Bernhard Auinger (Bürgermeister Salzburg),
Dr.ⁱⁿ Karin Reiter-Prinz (Geschäftsführerin
pro mente Reha), Primaria Dr.ⁱⁿ Agnes Pohlhammer
(Ärztliche Leiterin APR Salzburg)**

Psychische Erkrankungen können jede und jeden treffen – völlig unabhängig von Generation, Geschlecht oder Gesellschaftsschicht. Europaweit betrachtet leidet mittlerweile jeder dritte Mensch an einer psychischen Erkrankung. Angststörungen und Depressionen zählen dabei zu den häufigsten Diagnosen. In Österreich und Deutschland ist rund jede vierte Person betroffen.

„Psychische Gesundheit ist ein zentrales Gut unserer Gesellschaft. Die Arbeit der APR (Ambulante Psychosoziale Rehabilitation) Salzburg hat in den letzten

zehn Jahren eindrucksvoll gezeigt, wie wichtig eine wohnortnahe, ambulante Versorgung für Betroffene ist. Sie hilft dabei, Menschen wieder zurück in ein erfülltes, selbstbestimmtes Leben zu führen. Ich bin dankbar für diesen wertvollen Beitrag zur Gesundheitsversorgung in unserer Stadt“, betonte Salzburgs Bürgermeister Bernhard Auinger im Zuge der Jubiläumsfeier.

Vor allem in einer Zeit vielschichtiger Krisen rückt demnach die Bedeutung von psychischer Gesundheit und Widerstandskraft verstärkt in das Rampenlicht der Öffentlichkeit.

„Speziell in herausfordernden Lebenslagen, wie in der aktuellen Phase massiver Umbrüche, sehen wir, dass immer mehr Menschen mit psychischen Erkrankungen konfrontiert sind. Viele können mit den rasanten Entwicklungen der Arbeitswelt nicht mehr Schritt halten, die globalen Rahmenbedingungen verunsichern zusätzlich. Die Angebote der pro mente Reha im Bereich der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation eröffnen daher sowohl neue persönliche als auch berufliche Perspektiven“, bekräftigt Dr.ⁱⁿ Karin Reiter-Prinz, Geschäftsführerin der pro mente Reha GmbH.

Die ambulante tagesklinische Reha ist ein besonders nachhaltiges Reha-Konzept und wird seit 2014 in der APR Salzburg, als Partner des RZS (Reha Zentrum Salzburg), in der Imbergstraße 31A angeboten. Ein 20-köpfiges, multiprofessionelles Team bietet Einzel- und Gruppentherapie für die Patientinnen und Patienten. Das individuelle Behandlungskonzept wird unter fachärztlicher Führung in den Bereichen Psycho-, Ergo-, Physio- und Sporttherapie sowie soziale Arbeit, Pflege und Ernährungstherapie erstellt. Es eignet sich für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die an Depressionen, Ängsten, Burnout, Somatisierung- und Persönlichkeitsstörungen sowie Anpassungs- und posttraumatischen Belastungsstörungen leiden.

Ziel ist die Schaffung bestmöglicher Bedingungen, damit Patient*innen aus eigener Kraft ihren gewohnten Platz in der Gesellschaft, in Familie und Beruf bewahren oder wieder einnehmen können. „In Bezug auf die berufliche Wiedereingliederung bieten wir eine spezielle berufsbezogene Psychotherapie an, die unsere Patient*innen bei der Klärung und Neu-

orientierung unterstützen soll“, unterstreicht Primaria Dr.ⁱⁿ Agnes Pohlhammer, Ärztliche Leiterin der APR Salzburg.

Gemeinsam neue Lebensperspektiven erarbeiten und zwar dort, wo es das Leben braucht: In der Nähe Ihres Wohnortes.

Ein Aufenthalt dauert in der Regel 6 Wochen. Man wohnt zwar zu Hause, nutzt aber tagsüber das umfangreiche Therapieangebot. Der Vorteil des ambulanten Settings besteht in der Einbindung von Familie, Beruf und sozialem Umfeld. Alltägliche und krankheitsbedingte Belastungsfaktoren können unmittelbar mit dem Behandlungsteam besprochen werden; neue Bewältigungsstrategien können erlernt und sofort umgesetzt werden. Zusätzliche Unterstützung erfolgt durch die Vernetzung mit dem extramuralen Behandlungsteam sowie mit den zur Verfügung stehenden berufsrehabilitativen und psychosozialen Einrichtungen.

Voraussetzung für die Aufnahme ist ein fach- oder hausärztlich bewilligter Antrag bei der Pensionsversicherung. Die Wartezeiten sind mit 2-3 Wochen kurz. Nach der

6-wöchigen Phase-2-Reha kann bei Bedarf noch eine weiterführende Phase-3-Reha erfolgen. Dabei handelt es sich um ein 12-monatiges berufsbegleitendes Therapieprogramm. Pohlhammer dazu: „Unsere Patient*innen können sich so weiter stabilisieren und rundum wieder Fuß fassen.“

„Übergeordnetes Ziel all unserer Angebote ist“, betont Dr.ⁱⁿ Reiter-Prinz, „dass unsere Patientinnen und Patienten ihren privaten und beruflichen Alltag aus eigener Kraft meistern und somit ihren Platz in der Gesellschaft wieder einnehmen können. In diesem Sinne bedanke ich mich bei allen Mitarbeiter*innen für ihr Engagement und die hochprofessionelle, umsichtige und wertschätzende Arbeit.“

Entgeltliche Einschaltung

Kontakt

pro mente Reha GmbH
Lonstorferplatz 1, 4020 Linz
0732 6996 0
promente-reha.at
office@promente-reha.at

pro mente | reha

Ihr Partner im Bereich der medizinisch- psychiatrischen Rehabilitation

Ambulante Rehabilitation
APR Graz, APR Salzburg

Stationäre Rehabilitation
Bad Hall, Lans, Neusiedlersee, St. Veit

Vorsorge
mia - Miteinander Auszeit, Bad Hall

office@promente-reha.at
promente-reha.at

pro mente | reha



PRÄVENTION & REHA IHRE GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN NACH INDIKATIONEN WÄHLEN

In der folgenden Aufstellung finden Sie ausgewählte Reha- und Gesundheitseinrichtungen in den einzelnen Bundesländern mit ihren Behandlungsschwerpunkten.

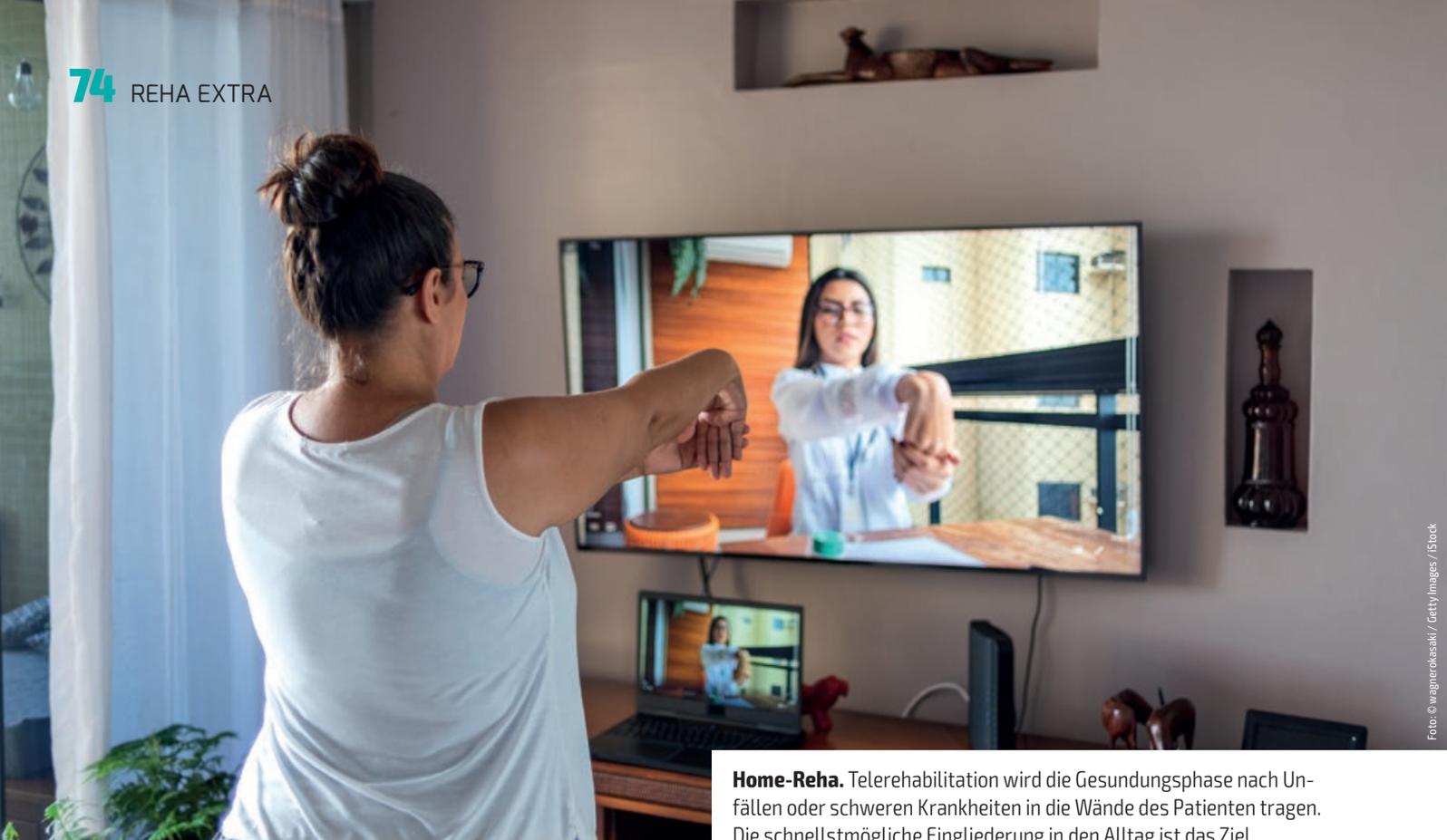
Abkürzungen: **BL:** Bundesland | **AMB:** Ambulante Reha | **BSR:** Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats | **HKE:** Herz-Kreislaufkrankungen | **K:** Kureinrichtung | **KIJU:** Kinder- und Jugendrehabilitation | **MW:** Medical Wellness | **NEU:** Erkrankung des zentralen und peripheren Nervensystems | **NRZ:** Neurologisches Rehabilitationszentrum | **NTZ:** Neurologisches Therapiezentrum | **ONK:** Onkologische Erkrankungen | **PSY:** Psychische Erkrankungen | **PUL:** Pulmologische Erkrankungen | **RZ:** Rehabilitationszentrum | **SKA:** Sonderkrankenanstalt | **STWV:** Erkrankung des Stoffwechsel- und Verdauungssystems | **TZ:** Therapiezentrum | **UCNC:** Unfall- und neurochirurgische Eingriffe | **WHST:** Wiederherstellung nach orthopädischen Operationen

Einrichtung Website	BL	BSR	HKE	STWV	ONK	NEU	PUL	UCNC	PSY	MW	K	AMB	KIJU	SKA	RZ	WHST
OptimaMed Dialysezentrum Frauenkirchen www.dialyse-frauenkirchen.at	B			●												
OptimaMed NRZ Kittsee www.neuroreha-kittsee.at	B					●								●	●	
Reha-Zentrum Bad Tatzmannsdorf www.rz-badtatzmannsdorf.at	B		●												●	
Sonnenpark Neusiedlersee – Zentrum für psychosoziale Gesundheit www.sonnenpark-neusiedlersee.at	B								●							
TZ Rosalienhof www.tz-rosalienhof.at	B				●									●	●	
OptimaMed Therapiezentrum St. Veit an der Glan www.therapiezentrum-st.veit.at	K											●				
OptimaMed Gesundheitsresort Bad St. Leonhard www.optimamed-badstleonhard.at	K	●									●			●	●	
OptimaMed RZ Bad St. Leonhard www.reha-badstleonhard.at	K			●												
OptimaMed Ambulantes RZ Klagenfurt www.rehazentrum-klagenfurt.at	K											●			●	
OptimaMed Gesundheitsresort Weißbriach www.optimamed-weissbriach.at	K	●		●							●					
OptimaMed Gesundheitsresort Weissenbach www.optimamed-weissenbach.at	K	●									●					
Klinikum am Kurpark Baden www.klinikum-baden.at	NÖ	●						●						●	●	●

Einrichtung Website	BL	BSR	HKE	STWV	ONK	NEU	PUL	UCNC	PSY	MW	K	AMB	KIJU	SKA	RZ	WHST
kokon Bad Erlach www.kokon.rehab	NÖ	●				●		●	●				●	●	●	●
OptimaMed Ambulantes RZ Wiener Neustadt www.reha-wn.at	NÖ	●	●	●	●	●	●		●			●			●	
OptimaMed Gesundheitsresort Salzerbad www.optimamed-salzerbad.at	NÖ	●									●					
OptimaMed RZ Perchtoldsdorf www.reha-perchtoldsdorf.at	NÖ	●													●	
OptimaMed RZ Raxblick www.reha-raxblick.at	NÖ	●					●								●	
Privatklinik Hollenburg www.sanlas.at	NÖ								●					●	●	
Reha-Zentrum Alland www.rz-alland.at	NÖ			●											●	
RZ Engelsbad www.rz-engelsbad.at	NÖ	●												●	●	
Reha-Zentrum Felbring www.rz-felbring.at	NÖ		●												●	
Reha-Zentrum Hohegg www.rz-hohegg.at	NÖ		●				●								●	
Reha-Zentrum Laab im Walde www.rz-laabimwalde.at	NÖ	●				●									●	
TZ Buchenberg www.tz-buchenberg.at	NÖ			●		●								●	●	
AM KOGL Rehabilitationszentrum St. Georgen GmbH www.amkogl.at	OÖ	●								●	●	●		●		
Gesundheitseinrichtung Bad Schallerbach www.ge-badschallerbach.at	OÖ	●									●					
Klinikum Bad Hall + Bad Schallerbach www.klinikum-badhall.at	OÖ		●			●								●	●	
Klinikum Bad Hall + Bad Schallerbach www.klinikum-badschallerbach.at	OÖ	●												●	●	
kokon Rohrbach-Berg www.kokon.rehab	OÖ	●	●			●	●	●	●				●	●	●	
OptimaMed Gesundheitsresort Bad Wimsbach www.optimamed-badwimsbach.at	OÖ	●		●							●					
OptimaMed Therapiezentrum Aspach www.reha-aspach.at/therapiezentrum	OÖ	●														

Einrichtung Website	BL	BSR	HKE	STWV	ONK	NEU	PUL	UCNC	PSY	MW	K	AMB	KIJU	SKA	RZ	WHST
OptimaMed RZ Aspach www.reha-aspach.at	ÖÖ	●												●	●	
OptimaMed RZ Bad Wimsbach www.reha-badwimsbach.at	ÖÖ			●										●	●	
RZ Austria www.rz-austria.at	ÖÖ		●	●			●							●	●	
Reha-Zentrum Bad Ischl www.rz-badischl.at	ÖÖ	●													●	
Reha-Zentrum Bad Schallerbach www.rz-badschallerbach.at	ÖÖ	●			●	●									●	
Reha-Zentrum Weyer www.rz-weyer.at	ÖÖ	●					●								●	
mia – Miteinander Auszeit Bad Hall www.miteinanderauszeit.at	ÖÖ												●			
Sonnenpark Bad Hall – Zentrum für psychosoziale Gesundheit www.sonnenpark-badhall.at	ÖÖ								●							
TZ Justuspark www.tz-justuspark.at	ÖÖ								●					●	●	
VORTUNA Gesundheitsresort GmbH Bad Leonfelden www.vortuna.at	ÖÖ	●		●					●	●	●			●		
APR – Ambulante Psychosoziale Rehabilitation Salzburg www.apr-salzburg.at	S								●			●				
Gesundheitseinrichtung Bad Hofgastein www.ge-badhofgastein.at	S	●									●					
Klinikum Bad Gastein www.klinikum-badgastein.at	S	●						●						●	●	
Medizinisches Zentrum Bad Vigaun www.badvigaun.com	S	●								●	●			●	●	
OptimaMed Gesundheitsresort St. Josef www.optimamed-stjosef.at	S	●		●			●				●					
Rehaklinik Sonnberg St. Veit www.rehaklinik-sonnberg.at	S								●							
Reha-Zentrum Bad Hofgastein www.rz-badhofgastein.at	S	●													●	
Reha-Zentrum Großmain www.rz-grossgmain.at	S		●			●									●	
Reha-Zentrum Saalfelden www.rz-saalfelden.at	S	●	●												●	
APR – Ambulante Psychosoziale Rehabilitation Graz www.apr-graz.at	Stmk.								●			●				

Einrichtung Website	BL	BSR	HKE	STWV	ONK	NEU	PUL	UCNC	PSY	MW	K	AMB	KIJU	SKA	RZ	WHST
OptimaMed Therapiezentrum Judenburg www.therapiezentrum-judenburg.at	Stmk.											●				
Klinikum Bad Gleichenberg www.klinikum-badgleichenberg.at	Stmk.			●	●		●								●	●
OptimaMed Gesundheitsresort Bad Mitterndorf www.optimamed-badmitterndorf.at	Stmk.	●									●					
OptimaMed Gesundheitsresort Oberzeiring www.optimamed-oberzeiring.at	Stmk.	●		●			●				●					
OptimaMed Psychiatrisches RZ mit Eltern-Kind-Rehabilitation Wildbad www.psychreha-wildbad.at	Stmk.								●						●	●
OptimaMed Therapiezentrum Wildbad www.wildbad.at	Stmk.	●														
OptimaMed RZ für Kinder und Jugendliche Wildbad www.kinderreha-wildbad.at	Stmk.								●				●	●	●	
Privatklinik Laßnitzhöhe www.sanlas.at	Stmk.	●				●								●	●	
Privatklinik St. Radegund www.sanlas.at	Stmk.								●					●	●	
Reha Bruck www.sanlas.at	Stmk.				●	●			●			●				
Reha Leibnitz www.sanlas.at	Stmk.	●	●	●	●	●	●		●			●				
Reha-Zentrum Aflenz www.rz-aflenz.at	Stmk.			●											●	
Reha-Zentrum Bad Aussee www.rz-badaussee.at	Stmk.	●		●											●	
Reha-Zentrum Gröbming www.rz-groebming.at	Stmk.	●				●									●	
Reha-Zentrum St. Radegund www.rz-st-radegund.at	Stmk.		●												●	
PV Zentrum für ambulante Rehabilitation Graz www.zar-graz.at	Stmk.	●	●	●	●	●	●					●			●	
OptimaMed RZ für Kinder und Jugendliche Wiesing www.kinderreha-wiesing.at	T	●				●		●	●				●	●	●	
Sonnenpark Lans – Zentrum für psychosoziale Gesundheit www.sonnenpark-lans.at	T								●							
PV Zentrum für ambulante Rehabilitation Wien www.zar-wien.at	W	●	●		●		●					●			●	



Home-Reha. Telerehabilitation wird die Gesundheitsphase nach Unfällen oder schweren Krankheiten in die Wände des Patienten tragen. Die schnellstmögliche Eingliederung in den Alltag ist das Ziel.

Jede Menge Piloten

In Österreich laufen mehrere Versuchsprojekte für digitale Rehabilitations-Werkzeuge – mit ermutigendem Erfolg. Aber solange die Frage der Honorierung durch die Kassen im Nebel bleibt, solange werden Österreichs Beitragszahler auf den Roll-out der digitalen Segnungen verzichten müssen.

Von Josef Ruhaltinger

Rehabilitations-Therapien pflegen nicht abgebrochen zu werden. Sie versanden. Sie laufen aus. Man könnte auch sagen: diffundieren. Denn für viele Reha-Patienten bedeutet das Ende des stationären Aufenthalts auch ein Ende ihrer Therapie. Da können betreuende Therapeuten und Mediziner noch so lange ins Gewissen reden – die während der Reha-Wochen befeuerte Begeisterung an der eigenen Genesung weicht Stück für Stück dem häuslichen Trott oder beruflichen Stress – je nachdem. Mit den Mitteln der digitalen Revolution soll dem inneren Schweinehund eine Grenze gesetzt werden. „Wir bauen eine Brücke“, zeigt Markus Richter Verbindlichkeit. Er ist Geschäftsführer des einstigen Start-ups room4physio, das von der Klinikum Austria Gesundheitsgruppe (KAG) – Betreiber von fünf Reha-Einrichtungen in Österreich – gekauft und auf den Namen room4 eingekürzt wurde. Richter, der auch Positionen in der KAG bekleidet, erklärt die bauliche Metapher: Denn mit dem kleinen DigiTech-Unternehmen wanderte auch dessen Hauptprodukt unter das Dach der KAG – die App „enlivio“. Sie soll Reha-Patienten künftig dazu animieren, das erlernte Training auch innerhalb der eigenen vier Wände konsequent zu verfolgen. enlivio bringt die Nachsorge nach Hause.

Therapeuten überwachen Training

Im Kern ist enlivio nichts anderes als ein Tool wie Zoom oder Teams – nur mit ein paar Extra-Features. Das Teletherapie-Werkzeug bietet Funktionen, die neben den Patientenbedürfnissen die Perspektive der betreuenden Therapeuten berücksichtigt. Denn jeder enlivio-Anwender verfügt über einen zugeordneten Therapeuten, der Ansprechpartner und Betreuer während der ganzen Teletherapie bleibt. In aller Regel ist dies einer derjenigen Helfenden, die sich bereits in der stationären Reha-Phase um den Patienten gekümmert haben. Eine in die App integrierte Screenshot-Funktion macht Fotos während der Übung, um den Patienten zu informieren und auf Übungsfehler aufmerksam zu machen. Die Bilder können direkt zwischen Therapeut und Patient geteilt werden. Dabei wird auf Korrekturen aufmerksam gemacht. Nach der Session dokumentieren Fotos und Anmerkungen den Reha-Fortschritt direkt in der App. Wichtig für die Anwendung sind die individualisierten Übungspläne. Die Therapeuten können inzwischen aus 450 Übungsfilmchen wählen, aus denen spezielle Aufgabenfolgen für den Patienten zusammengestellt werden. Wöchentlich werden es mehr. Die Televorlagen sichern korrekte Ausführung, Intensität und Dauer der Übung.

Natürlich müssen die Reha-Patienten von der digitalen Therapie überzeugt sein. Die behandelnden Therapeuten nehmen ihre Schützlinge an deren letzten Tagen des Reha-Aufenthaltes zur Seite, um ihnen enlivio zu erklären und sie einzuschulen. Dabei wird auch der persönliche erste Trainingsplan mit den geeigneten Übungen übermittelt und begründet. Die physiotherapeutischen Fachkräfte erstellen das Trainingsprogramm ganz nach den persönlichen Bedürfnissen der Patienten. Vielfach werden die einzelnen Übungen bereits während der Reha erlernt, die Visualisierung in der App bietet dann zu Hause Unterstützung, damit sich keine Fehler einschleichen. Der persönliche Trainingsverlauf wird online gespeichert und erlaubt es den Therapeuten, das Programm je nach Bedarf und Fortschritt anzupassen. Ein monatliches Video-Telefonat zwischen Patienten und Physiotherapeuten für Feedback und Fragen sowie eine Erinnerungsfunktion für Termine komplettieren das Angebot. Wichtig: Durch die zwingende Einbindung des vertrauten Reha-Personals bleibt der Patient loyal zum Reha-Programm. Die App ersetzt weder die Physiotherapie während der Reha noch eine eventuelle ambulante Therapie danach. Markus Reiter betont, dass enlivio ein zusätzliches Unterstützungsangebot darstellt, um den Kontakt zwischen Rehaklinik und Patienten so lange wie möglich aufrecht zu halten. Die Teletherapie ist eine zusätzliche Betreuungsform, aber kein Substitut existierender Reha-Formate.

enlivio wird in den Häusern der Klinikum Austria-Gruppe in einem Pilotprojekt auf Herz und Nieren geprüft. Das Hauptaugenmerk von room4-Geschäftsführer Markus Richter liegt aber im Geschäft mit Dritten. Kranken- und Sozialversicherungen sind natürliche Anwender digitaler Teletherapien: Abgesehen vom persönlichen Gewinn des Patienten bleibt ein Beitragszahler nach einer intensiven und mit Teletherapie abgeschlossenen Rehabilitation länger gesund. Fleißige Reha-Patienten gliedern sich rascher in ihr altes Leben ein und werden nicht so schnell zum neuen Versicherungsfall.

Die Sozialversicherung der Selbständigen SVS engagiert sich bereits beherzt beim Thema der Telerehabilitation. Sie erfüllt damit Erwartungen: Laut einer room4-Befragung erwarten sich 50% aller Patienten in der Physiotherapie digitale Services. Die SVS rollt aktuell ein enlivio-Pilotprojekt aus, um Praxistauglichkeit zu prüfen und notwendige Nachweise für ein Medizinprodukt der Klasse I zu erarbeiten. Dabei tun sich durchaus



Foto: © FH Joanneum

Home of App.

Das eHealth-Institut von Robert Mischak an der FH Joanneum gilt als Brutstätte digitaler Innovation. Gleich mehrere Gesundheits-Applikationen haben ihre Wurzeln in Graz.

Baustellen auf, wie Markus Richter erzählt. Oft geht es um die Bedienbarkeit der App – soll der Knopf größer oder kleiner sein – und andere Details der Usability. Aber eine der ersten Erkenntnisse war die Entkräftung der Befürchtung, dass betagte Patienten den Umgang mit einem Digi-Tool ablehnen würden. „Als mir beim ersten Onboarding ein Herr mit Jahrgang 44 sein neues Handy zeigte und fragte, ob wir einen QR-Code für den App-Download haben, da wusste ich, dass wir uns in der Hinsicht keine Sorgen machen müssen.“

Nicht allein seligmachend

„Digitale Hilfsmittel werden die Welt der Rehabilitation und aller anderen Formen der Gesundheitsdienstleistung verändern. Am Ende des Tages geht es um erhöhte Produktivität und gesteigerten Patientennutzen“, meint Robert Mischak. Er ist Instituts- und Studiengangsführer eHealth sowie Vorsitzender des Departments für Angewandte Informatik der FH Joanneum. Bis zu welchem Grad Innovation die Auswirkungen von Personalmangel und Bedarfssteigerung lindern könne, sei eine Frage. „Wie wir mit dem gewonnenen Leistungsvermögen umgehen“. Wenn die Produktivitätsgewinne nur dazu führten, dass „wir mehr vom Gleichen machen“, werde dies wenig helfen. „Wenn wir Innovation klug nutzen, um gesündere Mitbürger zu haben, dann wird uns die Digitalisierung ein Stück weit aus den aktuellen Zwängen rausführen.“

Das eHealth-Institut von Robert Mischak ist Brutstätte und Ursprung mehrerer HealthTechs und Gesundheitsapps. Telerehabilitation ist an der FH ein eigenes Weiterbildungsmodul. enlivio hat auch Wurzeln im Joanneum. Ein weiteres Resultat der Forschungsarbeit am Institut ist „Erna“: Erna ist ein Tablet, mit dem die therapeutischen Übungen für die Bereiche Atmung, Schlucken, Stimme und Kommunikation in gewohnter Umgebung und zeitunabhängig zu Hause durchgeführt werden können. Derzeit erproben das LKH Graz und das LKH Hochsteiermark in Leoben die Tele-Reha-Lösung für die Sprach- und Schluckrehabilitation. Die Applikation soll Patienten helfen, die aufgrund von Kehlkopfkrebs das Sprechen und Schlucken neu lernen müssen und dies mithilfe des Tablets nun zu Hause machen. „Manche Patienten mussten für eine logopädische Übungsstunde aus der Südsteiermark oder dem oberen Murtal nach Graz fahren“, beschreibt der FH-Professor die Mühen der Betroffenen. Die gesamte Betreuung in der Steiermark – und teils auch von Patienten aus dem Südburgenland – war bisher nur am Grazer LKH-Uniklinikum möglich. Mit Erna kann jeder Betroffene daheim üben. Den Anstoß gab Markus Gugatschka, Vorstand der Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. Er besprach seine Idee mit den Forschern des Smart Labs der FH, die dazu eine spezielle Software bastelten. Jetzt kann die vom Smart Lab der FH Joanneum

Regelversorgung.

room4-Chef Markus Reiter will enlivio zum Standard einer mobilen Therapeuten-Patientenkommunikation machen. Die Mühlen mahlen: Bis heute geht es nur um Pilotphasen.



Foto: © HCC

entwickelte Software wichtige Gesundheitsparameter wie etwa Gewicht, Wohlbefinden und Angaben zu allfälligen Schmerzen speichern. Mit der Übernahme des entwickelten Systems im Einzugsbereich des LKH Hochsteiermark in Leoben wird nun die gesamte Steiermark abgedeckt. Gefördert wurde das Projekt vom Gesundheitsfonds Steiermark im Rahmen einer Digitalisierungsoffensive. 50 Prozent der Projektkosten wurden von der österreichischen Sozialversicherung getragen. Ziel ist, dass die Entwicklung österreichweit als zusätzliche Therapie-Option ausgerollt wird.

Schaffung neuer Bedürfnisse?

Die Innovationskraft der heimischen Start-ups und Forschungsinstitute sorgt für einen steten Nachschub an digitalen HealthTech-Werkzeugen. Jedes Jahr erweitert sich das Angebot. Ihre Wirksamkeit ist in Österreich derzeit aber begrenzt. Sehr viele der heimischen Erfinder gehen mit ihren Produkten auf den deutschen Markt, der durch ein modernes DiGa-Gesetz (Digitale Gesundheitsanwendungen) über definierte Rahmenbedingungen verfügt –, die in Österreich bestenfalls als diffus angesehen werden müssen. Daher ist in heimischen Ländern der Einsatz von digitalen Gesundheits- und Rehabilitationsapps im Vergleich zum westlichen Nachbarn oder den skandinavischen Ländern bestenfalls zögerlich. Von einer flächendeckenden Regelversorgung mit den digitalen Hilfsmitteln kann in Österreich keine Rede sein.

enlivio wie Erna befinden sich zu großen Teilen noch in Pilotphasen, genauso wie RehaTrain, das Telerehabilitationsprojekt der Pensionsversicherung. Die Gründe für die Zurückhaltung sind aus Sicht der Forscher und Gründer monetär. Die Zahler des Gesundheitssystems befürchten, neue Bedürfnisse zu wecken. „Die Finanziere zögern, weil digitale Gesundheitsanwendungen mit großer Wahrscheinlichkeit eine Ausweitung der Leistungserbringung bedeuten“, so Robert Mischak. Die Digitalisierung wird Anwendungen ermöglichen, die es bislang nicht gab. Sie werden bei Fällen eingesetzt, die vielleicht bis heute nicht therapiert werden oder bei denen die Behandlung als abgeschlossen angesehen wurde. Und dies bedeutet zusätzliche Ausgaben. Die Sozialversicherungen wollen – aus Sicht der Beitragszahler nicht umsonst – ganz besonders überzeugt werden, dass DiGa und Werkzeuge der Telerehabilitation mehr bewirken als einen „nice-to-have“-Effekt. Die Beteuerungen auf Konferenzen und Kongressen, dass die Stakeholder den Möglichkeiten des digitalen Fortschritts alle Tore öffnen, lassen sich in der Realität nicht nachvollziehen. Robert Mischak stellt dabei die Frage in den Raum, ob die Errungenschaften des digitalen Zeitalters zur Gänze von der Öffentlichkeit getragen werden müssen: „Kann man der starken Boomer-Generation zumuten, für die eigene Gesundheit selbst Geld in die Hand zu nehmen?“ Er ist sich sicher, dass die Innovationskraft des Gesundheitssektors steigen würde. Denn aktuell werde der Fortschritt „aus ökonomischen Gründen“ behindert. //

PSYCHIATRISCHE REHA WIRKT!

Wodurch sie wirkt, weiß Prim. Dr. Hochfellner, Ärztlicher Leiter der Privatklinik St. Radegund.

Seit es in Österreich psychiatrische Reha gibt, nämlich seit dem Jahr 2002, ist ihre Wirksamkeit durch umfangreiche wissenschaftliche Studien bestätigt worden. Wodurch konkret die psychiatrische Reha wirksam wird, ist hingegen weniger gut erforscht.

Durch die 42-tägige Absenz vom beruflichen und häuslichen Umfeld erfolgt zu allererst eine Reduktion von Energieverlusten durch die Erfüllung beruflicher und privater Pflichten. Besonders wichtig sind alle während der Reha initiierten körperlichen Aktivitäten insbesondere Trainingstherapie, therapeutische Wanderungen und Physiotherapie. Unsere Patienten gehen während der Reha durchschnittlich 13.000 Schritte pro Tag.

Die überwiegend im Gruppensetting konzipierten Therapien sind angetan, weitgehend konkurrenz- und hierarchiefreie soziale Interaktionen von Mensch zu Mensch zu initiieren und zu fördern, wodurch das wichtige Element der Salutogenese durch die Erfahrung gelungener Sozialkontakte bewirkt wird. Dazu kommen die sozialen Interaktionen mit Therapeuten und Mitarbeitern der verschiedensten Berufsgruppen.

Insgesamt darf angenommen werden, dass die therapeutischen Erfolge durch ein harmonisches Zusammenwirken vielfältigster Einzelfaktoren zustande kommen.



Foto: © Stefan Janitsch

PRIVATKLINIK ST. RADEGUND
Diepoldsbergerstraße 38-40
A-8061 St. Radegund
Tel.: +43(0)3132/53553
office@privatklinik-stradegund.at
www.sanlas.at



MIT EMPATHIE UND EXPERTISE

„DASS DIE ARBEIT IN DER
REHA SO VIELFÄLTIG UND AB-
WECHSLUNGSREICH IST, HAT
MICH ÜBERRASCHT“



Fotos © Klinikum Austria Gesundheitsgruppe

Seit Ende 2023 ist Nicola Knogler Stv. Ärztliche Direktorin im Klinikum am Standort Bad Schallerbach. Die 42-Jährige ist erfahrene Orthopädin und Traumatologin. Bevor sie 2020 im Klinikum am Standort Bad Schallerbach begann, war sie in einer Akut-Klinik tätig.

„Über den Reha-Bereich wusste ich wenig. In den ersten Tagen hier war ich überrascht, wie vielfältig und abwechslungsreich es hier ist“, berichtet

Knogler. „Bei uns ist kein Tag wie der andere. Dennoch ist die Reha-Medizin ein planbares Arbeitsumfeld. Das ist für junge Kolleg:innen mit Kindern ideal.“

Das junge und dynamische medizinisch-therapeutische Team besteht aus Ärzt:innen und Therapeut:innen – von der Ergotherapie über Physiotherapie bis hin zur Psychologie.

„Was ich besonders schätze: die Zeit, die wir hier für unsere Patient:innen haben. Damit meine ich nicht nur den direkten Kontakt. Wir schauen uns auch jede:n einzelne:n Patient:in im interdisziplinären und multiprofessionellen Setting an. Das kommt



dem kollegialen Miteinander sehr zugute – und natürlich den Patient:innen, die so von einem optimalen Behandlungsergebnis profitieren.“

Vielfalt, Abwechslung & Teamgeist – Sie sind dabei?

Wir von der Klinikum Austria Gesundheitsgruppe gehören zu den führenden Betreibern von Rehabilitationsmedizin in Österreich. An 5 Standorten versorgen

unsere 700 Mitarbeiter:innen über 10.000 Patient:innen im Jahr. Wir sind spezialisiert auf Erkrankungen aus den Bereichen Orthopädie, Rheumatologie, Herz-Kreislauf, Neurologie, Lunge, Stoffwechsel und Onkologie. Mehr zu unseren medizinischen Themen und Karrieremöglichkeiten gibt es auf unserer Website www.klinikum-austria.at/karriere

KLINIKUM AUSTRIA
| DIE GESUNDHEITSGRUPPE



Entgeltliche Einschaltung

Serviceroboter in stationären Gesundheitseinrichtungen

Wie Serviceroboter dazu beitragen können, Mitarbeiter:innen in Gesundheitseinrichtungen bei ihrer Arbeit zeitlich und körperlich zu entlasten – und damit die Arbeitsbedingungen zu verbessern.

Von Birgit Graf (Fraunhofer IPA)

Der akute Personalmangel im Gesundheitswesen und der daraus resultierende Zeitmangel haben deutliche Folgen: Die Pflegekräfte arbeiten am Limit. Sie benötigen Entlastung bei Routinetätigkeiten wie Transportaufgaben oder Dokumentation. Serviceroboter können dabei eine Lösung sein.

Wenn Transportroboter Wäsche oder Essen an die Einsatzorte bringen, bleibt der Pflegekraft mehr Zeit für Bewohner oder

Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen benötigen Entlastung bei Routinetätigkeiten wie Transportaufgaben oder Dokumentation. Serviceroboter können dabei eine Lösung sein.

Patienten. In großen Krankenhäusern mit mehr als 600 Betten werden Transportroboter bereits häufig genutzt. In kleineren Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen oder Rehabilitationszentren war ein wirtschaftlicher Einsatz bis vor Kurzem jedoch nicht möglich. Die Flure sind eng und der Roboter muss sich auch unter nicht eingewiesenen Personen sicher bewegen können. Deshalb entwickelten Experten des Fraunhofer IPA zusammen mit Partnern einen intelligenten, autonom navigierenden Pflegewagen. Der Wagen stellt den Pflegekräften notwendige Pflegeutensilien automatisch vor dem Zimmer bereit. Am Touchscreen können sie verbrauchtes Material oder ausgeführte Tätigkeiten schnell und einfach dokumentieren. Zudem präsentiert das Institut einen weiteren Transportroboter, der besonders kompakt, flexibel und wendig ist. Als Unterfahrschlepper konstruiert, kann er mit seinem Fahrgestell unter verschiedene gebräuchliche Pflegewagen oder Container fahren, diese anheben und autonom bis zum Patienten- oder Bewohnerzimmer bringen, wo die Inhalte benötigt werden.

Weiteres Potenzial bieten Serviceroboter, die bei körperlich belastenden Aufgaben unterstützen können. Ob beim Anheben des Bewohners zum Wechseln der Bettwäsche, beim Umsetzen auf einen Rollstuhl oder beim Baden: Das Heben und

Bewegen von Personen ist ein elementarer Bestandteil des Alltags in Gesundheitseinrichtungen. Bisher kommen hier des Öfteren unterschiedliche Liftersysteme zum Einsatz, wie z.B. Hänge-, Gurt- oder Badelifter. Diese Geräte muss das Personal jedoch oft erst aus einem anderen Raum holen. Aus Zeitmangel werden Personen deshalb doch oft manuell bewegt. Um hier für Verbesserungen zu sorgen, haben Experten am Fraunhofer IPA das

„Elevon“-Konzept entwickelt. Es beschreibt einen multifunktionalen Personenlifter, den Pflegekräfte elektronisch anfordern können. Der Lifter fährt dann selbstständig dorthin, wo er gebraucht wird. Zudem werden mittlerweile auch erste Exoskelette, also körpergetragene Systeme mit Kraftunterstützung, in der Pflege getestet.

Neben den Servicerobotern, die primär mit dem Personal interagieren, gibt es für Pflege- und Rehaeinrichtungen auch Assistenzroboter, die direkt mit Bewohnern kommunizieren. Diese Systeme können insbesondere dann eingesetzt werden, wenn das Personal mit Versorgungstätigkeiten in den Zimmern beschäftigt ist. Neben allgemeinen Interaktionsfunktionen, die Roboter wie der am Fraunhofer IPA entwickelte mobile Kommunikationsassistent MobiKa ermöglichen, ist z.B. das regelmäßige Anbieten von Getränken besonders wichtig, um eine Dehydration der Bewohner zu vermeiden. Diese Tätigkeit ist für die Pflegekräfte sehr zeitaufwendig. Der robotische Serviceassistent (siehe Bild) kann einfach mit mehreren Tablets befüllt werden. Der Roboter fährt selbstständig zu den Bewohnern im Aufenthaltsraum. Diese können über einen Touchscreen auswählen, was sie gerne haben möchten.

Serviceroboter können einen signifikanten Beitrag leisten, Pflegekräfte zu entlasten. Noch handelt es sich bei den Robotersystemen um Prototypen. Aber es ist absehbar, dass erste Produkte in den kommenden Jahren zur Verfügung stehen werden. //



Quelle: Fraunhofer IPA / Foto: Rainer Beiz

Zur Person:

Dr.-Ing. Dipl.-Ing. Birgit Graf forscht am Fraunhofer-Institut für Produktionstechnik und Automatisierung IPA in Stuttgart. Im Bild mit einem robotischen Serviceassistenten.
www.ipa.fraunhofer.de/pflegeunterstuetzung



PRIVATKLINIK LASSNITZHÖHE
 Miglitzpromenade 18
 A-8301 Lassnitzhöhe
 Tel.: +43(0)3133/2274
 office@privatlinik-lassnitzhoehe.at
 www.sanlas.at



Foto: Sissi Furger Fotografie

Die Privatlinik Lassnitzhöhe bietet neurologische und orthopädische Rehabilitation sowie Akutbehandlung für Klassepatienten. Fortschritt, Kompetenz und Menschlichkeit sind hier nicht Schlagworte, sondern gelebter Alltag.

Prim. Dr. Eva Kronberger-Schaffer
 Ärztliche Leitung, Fachärztin für Neurologie

Schlaganfälle, Parkinson, MS, Erkrankungen der Wirbelsäule, der peripheren Nerven, Zustände nach operativen Eingriffen u.a. führen über 3.000 Patienten jährlich in die Klinik. Fachärzte für Neurologie, Orthopädie, Innere Medizin sowie Therapeuten sämtlicher Fachrichtungen, modernste computerisierte Therapiegeräte und ein Hallenbad mit prachtvollem Ausblick auf das Hügelland östlich von Graz stehen zur Verfügung. Ergänzend werden Behandlungsmethoden nach der traditionellen chinesischen Medizin und Therapien in der neuen Kältekammer angeboten.



PRIVATKLINIK HOLLENBURG
 Krustettener Straße 25
 A-3506 Krems-Hollenburg
 Tel.: +43(0)2739/77110
 office.hollenburg@sanlas.at
 www.sanlas.at



Foto: © Atelier Schulte

Der Mensch besteht aus Körper, Geist und Seele; alles gehört zusammen und macht als Ganzes den Menschen aus. Als solches steht der Mensch bei uns im Mittelpunkt.

Prim. Dr. Gerald Grundschober
 Ärztlicher Leiter

Die Privatlinik Hollenburg bietet, als Vertragspartnereinrichtung des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, eine umfassende multi-professionelle Rehabilitation für alle psychiatrischen Krankheitsbilder an. Der Aufenthalt in unserer Klinik trägt dazu bei, Körper, Geist und Seele wieder in Einklang zu bringen, um ganzheitliche Gesundheit anzustreben und wieder die innere Kraft in den Fokus zu rücken. Dies hilft, schwierige Lebensumstände und Krisen zu überwinden und diese als Chancen für persönliches Wachstum, im Privatleben sowie im Berufsalltag, zu nutzen.



Bleiben Sie informiert

mit dem Newsletter von www.gesundheitswirtschaft.at

WIR BIETEN IHNEN:

- aktuelle News
- Hintergrundberichte zu Top-Themen
- den umfangreichsten Event-Kalender
- ein umfassendes Branchenverzeichnis
- ein aktuelles Bildungsverzeichnis
- Meinungen
- und viele weitere multimediale Angebote

JETZT ANMELDEN!





PRIVATKLINIK ST. RADEGUND
 Diepoltsbergerstraße 38-40
 A-8061 St. Radegund
 Tel.: +43(0)3132/53553
 office@privatlinik-stradegund.at
 www.sanlas.at



Foto: Sanlas Holding

Seelische Krankheiten sind mittlerweile sehr gut behandelbar. Die psychiatrische Rehabilitation kann hierzu einen wesentlichen Beitrag leisten, umso mehr, je früher sie in Anspruch genommen wird.

Prim. Dr. Sigurd M. Hochfellner
 Ärztlicher Leiter

Wir bemühen uns, den Wunsch unserer Patienten, gesund zu werden, mit all unserem Wissen und Können zu unterstützen, indem Lernprozesse in die Wege geleitet werden. Ziel ist es, salutogenetische und energetisch regenerative Aktivitäten unserer Patienten in deren Lebensstil zu verankern, sodass die während der Reha erlangte Verbesserung des Gesundheitszustandes auch in der Zeit danach aufrechterhalten werden kann.



VORTUNA
GESUNDHEITSRESORT GMBH
BAD LEONFELDEN
 Spielau 8, A-4190 Bad Leonfelden
 Tel.: +43(0)7213/6363-0
 office@vortuna.at
 www.vortuna.at



Foto: csa/christoph.staudinger.at

Mit unseren Rehabilitations- und Präventionsangeboten stellen wir den Menschen mit seinen unterschiedlichen Dimensionen in den Mittelpunkt.

Primaria Dr. Brigitte Lindenbauer
 Ärztliche Leitung des Vortuna Gesundheitsresorts

Im Vortuna Gesundheitsresort steht der Mensch in seinen unterschiedlichen Dimensionen im Mittelpunkt. Psyche und Geist stehen in ständiger Wechselwirkung zu Körper und Umwelt. Behandlungsformen, die nur auf einer dieser Ebenen ansetzen, greifen daher häufig zu kurz. Unsere Therapeuten legen immer den Fokus darauf, die eigenen Fähigkeiten und Grenzen auszuloten und zu reflektieren, um im Alltag stets das richtige Maß zwischen Anforderung und Regeneration zu finden.



KLINIKUM AUSTRIA
 DIE GESUNDHEITSGRUPPE

Reha – können wir! Sind Sie dabei?

Wir von der Klinikum Austria Gruppe gehören zu den führenden Betreibern von Reha-Medizin in Österreich. An 5 Standorten versorgen wir über 10.000 Patient:innen im Jahr. Wir sind spezialisiert auf Erkrankungen aus den Bereichen Orthopädie, Rheumatologie, Herz-Kreislauf, Neurologie, Lunge, Stoffwechsel und Onkologie. Mehr zu unseren medizinischen Themen und Karrieremöglichkeiten gibt es auf unserer Website.

Jetzt Karriere in der Reha starten!



www.klinikum-austria.at

Comedy Nurse und Tourschlampe

Bekenntnisse eines Leidenden

Von Norbert Peter

Weihnachten steht vor der Tür. Wer es nicht glaubt, braucht sich nur die Sammlung an Adventkalendern anschauen, die in den Supermärkten, Drogerien und Buchhandlungen angeboten werden. Und wer im WorldWideWeb danach sucht, wird ohnehin das ganze Jahr über fündig. Anscheinend haben wir Menschen eine diebische Freude daran, täglich kleine Fensterchen und Türchen zu öffnen, hinter denen eine Überraschung auf uns wartet. Die Erwartung ist groß, die Enttäuschung programmiert.

Was steckt hinter dem Türchen eines „Harry Potter“-Themen-Kalenders? Und was hinter dem des Kalenders, der sich „50 Shades of Grey“ als Motto setzt? Es werden sich wohl weder Daniel Radcliffe noch ein „Dark-Romance-Charakter“ mit Handschellen in unserem Wohnzimmer materialisieren...

Ein ganz spezieller Motto-Kalender wäre eine Möglichkeit, den Aufenthalt in einem Krankenhaus attraktiver zu gestalten. Natürlich würde man nicht jeden Tag ein Fensterchen öffnen, sondern jede Stunde. Für einen kurzen Moment wird man dadurch abgelenkt, von seinem Leiden – und von der paradoxen Situation: Man ist selbst angeschlagen und hält sich gleichzeitig in einer Räumlichkeit auf, in der ganz viele andere Kranke, also potenzielle Keimträger, Schulter an Schulter sitzen – im schlimmsten Fall Nasenspitze an Nasenspitze, Keimchleuse an Keimchleuse. Und das vielleicht über Stunden. Und dennoch will ich 24 Stunden bleiben, um zu sehen, was hinter dem letzten, größten Fensterchen steckt. Und danach wird die Glocke läuten und ich darf rein in das Zimmer der Sehnsucht: Dort werde ich ausgepackt und dann werden alle Apparate an mir ausprobiert!

Was wünscht sich ihr Parade-Patient? Wie sieht so ein Wartezonen-Kalender nach meinem Geschmack aus? Hier ein paar Hinweise von einem Menschen mit exzessivem Ordinationshintergrund:

Vielleicht kann ich dem Kalender ein Taschentuch entnehmen: Vierlagig, sanft und mit dem Duft von Melissegeist? Oder die eine oder andere Pille entdecken: eine, die so richtig glücklich macht, oder eine, die zumindest beruhigt? Eine Salbe gegen Entzündungen? Oder alternativ dazu vielleicht eine Packung Topfen? Dann könnten aber unter Umständen Sponsoren aus der Pharma-Ecke abspringen...

Eine helle Freude wären Texte der fürsorglichen Doktorenschaft: Fix rechne ich mit einer Broschüre über „Die Bedeutung des GLUT-5-Transporters bei der intestinalen Fructoseintoleranz in Weinanbaugebieten“. Aufregend wäre natürlich der Text eines herausragenden bayrischen Arztes: „Die unvollständigen Aufzeichnungen der Tourschlampe Doris“. In dem Roman erlaubt uns der

Ein spezieller Weihnachtskalender für Wartezonen wäre eine Möglichkeit, den Aufenthalt in einem Krankenhaus attraktiver zu gestalten. Natürlich würde man nicht jeden Tag ein Fensterchen öffnen, sondern jede Stunde.

Kabarettist und Rock-Musiker Georg Ringsgwandel, einen Blick hinter die Kulissen des Showbusiness zu werfen. Womit nicht der OP-Saal gemeint ist.

Hinter einem Türchen wartet vielleicht ein Gutschein für die Beratung durch eine „Comedy Nurse“. Also einer Community Nurse, die mich nicht nur mit viel Kompetenz und Geduld durch die Angebote des Institutionendschungels lotst, sondern mich nebenbei auch noch mit Ärzte-Witzen zum Lachen bringt. Weil mit Humor vieles leichter geht, sagt man.

Wird einem das Lachen vergehen? Mit Ende dieses Jahres läuft auch die EU-Förderung zu den Community-Nursing-Projekten im Rahmen unseres Aufbau- und Resilienzplans aus. Spannend: Wie viele Community Nurses werden danach noch ihrer Arbeit nachgehen können?

Mein Tipp an die neue Regierung: So ein Wartezonen-Kalender hebt die Stimmung bei den Patientinnen und Patienten. Außerdem ist er deutlich leichter umzusetzen und weit billiger als eine Reform, die den Pflegenotstand ernsthaft beenden könnte. Ich bin bei der Entwicklung gerne behilflich. //

NORBERT PETER

Kabarettist, Buchautor, Journalist
Peter & Tekal, medizinkabarett.at

Nächste Termine: „Es ist ein Arzt entsprungen...“
am 18.12.2024 im CasaNova (A-1010 Wien) und
am 27.12.2024 im Orpheum (A-1220 Wien).





Der umfangreichste Veranstaltungskalender auf www.gesundheitswirtschaft.at

ÖSTERREICHISCHER IMPFTAG 2025: „GEIMPFT – GESCHÜTZT – SICHER!“

18. Jänner, Wien (A) –
Hybridveranstaltung
www.impftag.at



IFIMP 2025:

„INTENSIVMEDIZIN – IST ALLES MÖGLICH?“

9. bis 10. April, Innsbruck (A)
www.ifimp.at



KONGRESS PFLEGE 2025

24. bis 25. Jänner, Berlin (D)
www.gesundheitskongresse.de



66. KONGRESS FÜR KRANKENHAUSMANAGEMENT: ZUKUNFT GESTALTEN

5. bis 7. Mai, Wien (A)
www.krankenhausmanagement.at



SALZBURGER THORAXCHIRURGIE SYMPOSIUM 2025

20. bis 21. Februar, Anif (A)
www.academy-of-surgeons.com



SAVE THE DATE

GESUNDHEITSKONGRESS DES WESTENS 2025

14. bis 15. Mai, Köln (D)
www.gesundheitskongress-des-westens.de



AUSBILDUNG ZUM/R ZERTIFIZIERTEN QUALITY & REGULATORY AFFAIRS MANAGER/IN FÜR MEDIZINPRODUKTE

11. März bis 9. Mai,
Brunn/Gebirge (A) und online
www.tuv-akademie.at/qram



SAVE THE DATE

15. ÖSTERREICHISCHER GESUNDHEITS- WIRTSCHAFTSKONGRESS 2025: „NEUE WEGE FÜR ALTE ZIELE. VERSUCHEN. VEREINBAREN. VERTRAUEN.“

12. bis 13. Juni,
Wien (A)
www.oegwk.at



KONGRESSTAG INNERE MEDIZIN 2025: „VISZERALONKOLOGIE“

14. März, Linz (A)
www.kongresstage.at/inneremedizin



SAVE THE DATE

HAUPTSTADTKONGRESS 2025

25. bis 27. Juni, Berlin (D)
www.hauptstadtkongress.de



JUBILÄUMSKONGRESS – 25. ÖGPP JAHRESTAGUNG

2. bis 5. April,
Wien (A)
www.oegpp.at



SAVE THE DATE

24. EUROPÄISCHER GESUNDHEITS- KONGRESS MÜNCHEN

21. bis 22. Oktober, München (D)
www.gesundheitskongress.de



ÖSTERR. KONGRESS FÜR RADIOLOGIETECHNOLOGIE 2025: STRAHL | WELLE | RESONANZ

4. bis 5. April, Graz (A) –
Hybridveranstaltung
www.radiologietechnologen.at



DFP-LITERATURSTUDIUM-ARTIKEL

<https://bit.ly/DFP-Literatur>

DFP-WEBCAST FORTBILDUNGEN

<https://bit.ly/DFP-Video>



Sie wollen noch mehr Teilnehmer? Veranstalter von Kongressen, Tagungen und Seminaren nützen dafür den Event-Booster!

Zum Preis von nur einer Teilnahmegebühr (!) steigern Sie Ihre Buchungen & Anmeldungen. Ihre Vorteile: www.gesundheitswirtschaft.at > Event-Booster

Für Ihre Anfragen:
ursula.schaffler@springernature.com

15. ÖSTERREICHISCHER
GESUNDHEITSWIRTSCHAFTS-
KONGRESS 2025

Neue Wege für alte Ziele.

Versuchen. Vereinbaren.
Vertrauen.

AM 12. UND 13. JUNI 2025 IN WIEN
www.oegwk.at | [#oegwk](https://twitter.com/oegwk)



 Springer Medizin

 gesundheitswirtschaft.at

ORBIS U

Die nächste Generation
unseres KIS

Neue Architektur, mehr Komfort, stärkere Vernetzung