

# Qualitätsindikatoren und Tools für Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz im Krankenhaus

Ergebnisbericht

---

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,  
gefördert aus den Mitteln der Agenda Gesundheitsförderung



# Qualitätsindikatoren und Tools für Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz im Krankenhaus

Ergebnisbericht

Autorinnen/Autoren:

Lisa Gugglberger

Christoph Schmotzer

Peter Nowak

Barbara Krippel

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen/Autoren und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im Dezember 2022

Im Auftrag des BMSGPK



Zitiervorschlag: Gugglberger, Lisa; Schmotzer, Christoph; Nowak, Peter; Krippel, Barbara (2022):  
Qualitätsindikatoren und Tools für Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz im Kran-  
kenhaus. Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich, Wien

ZI. P10/24/5358

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,  
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel  
(SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“ sowie zum Unterziel 3.8 bei.

# Kurzfassung

## Hintergrund

Die Einführung von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz im Krankenhaus kann auf eine lange Umsetzungserfahrung in Einzelprojekten und selbstorganisierten Netzwerken zurückgreifen. Aber die systematische und breite Umsetzung dieser „neuen“ Leistungen erfordert die verbindliche Berücksichtigung im Rahmen der etablierten Qualitätsmanagementsysteme der Krankenhäuser.

## Methode

Um zu identifizieren, welche Qualitätsdokumente und -instrumente sich dafür eignen, Indikatoren für Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung aufzunehmen, wurden 1. die Schlüsseldokumente für Qualität im Krankenhaus identifiziert – durch Recherche und Expertengespräche – und 2. diese Schlüsseldokumente (gesetzliche Grundlagen, Strategien, Qualitätsinstrumente) im Hinblick auf ihre Nutzbarkeit für die Unterstützung der breitenwirksamen Umsetzung von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz analysiert.

## Ergebnisse

Die identifizierten Dokumente wurden entsprechend ihrem Geltungsbereich in zwei Ebenen zusammengefasst: 1. bundesweite Regelungen und Vorgaben – hierbei handelt es sich um Gesetzestexte, Strategien und Bundeszielsteuerungsübereinkommen sowie Instrumente der Qualitätssicherung und 2. regionale Dokumente – hier können die regionalen Strukturpläne und die sanitäre Aufsicht genannt werden. Einige Dokumente beinhalten bereits Indikatoren/Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz.

## Empfehlungen

Um nachhaltige Erfolge erzielen zu können, ist empfehlenswert, bundesweit anzusetzen und nicht (nur) auf regionaler Ebene Lösungen zu finden. Aufgrund von Vorarbeiten vom Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen ist die österreichweite „Qualitätsberichterstattung“, an der in regelmäßigen Abständen teilzunehmen, Krankenanstalten verpflichtet sind, bereits sehr gut mit Indikatoren für Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz ausgestattet. Einige der in diesem Monitoring abgefragten Indikatoren werden über [kliniksuche.at](https://kliniksuche.at), ein Service des BMSGPK, das zur Unterstützung der Bevölkerung hinsichtlich Orientierung und Wahl des passenden Krankenhauses dient, öffentlich dargestellt. Eine Ausweitung von [kliniksuche.at](https://kliniksuche.at) auf weitere Indikatoren der Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz würde die Transparenz für die Bevölkerung und die Wichtigkeit dieser Themen für Krankenanstalten erhöhen.

## Schlüsselwörter

Qualitätsindikatoren, Krankenhaus, Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz

# Summary

## Background

The introduction of health promotion and health literacy in hospitals can draw on a long experience of local implementation projects. However, the systematic and broad implementation of these “new” services requires mandatory consideration within the framework of hospitals’ established quality management systems.

## Method

In order to identify which quality documents and instruments are suitable to include indicators for health literacy and health promotion, 1. the key documents for quality in hospitals were identified – through research and expert interviews – and 2. these documents (legal foundations, strategies, quality instruments, monitoring instruments) were analysed to see where health promotion and health literacy could be tied into.

## Results

The identified documents can be divided into different categories: 1. federal documents – these are legal texts, strategies and federal target agreements as well as instruments of quality assurance and 2. regional documents – here the Regional Structure Plans and the Sanitary Supervision can be mentioned. Some documents already contain indicators / starting points for health promotion and health literacy.

## Recommendations

To achieve sustainable results, it is advisable to start nationwide and not (only) find solutions at regional level. Due to preliminary work by the Federal Institute for Quality in Health Care, the Austria-wide “Quality Reporting”, in which hospitals are obliged to participate at regular intervals, is already very well equipped with indicators that also serve health promotion and health quality. Some of the categories are publicly presented via [kliniksuche.at](http://kliniksuche.at), a service of the BMSGPK that serves to support the population with regard to orientation and choice of the appropriate hospital. An expansion of [kliniksuche.at](http://kliniksuche.at) to include further indicators of health promotion and health competence would increase transparency for the population and the importance of these topics for hospitals.

## Keywords

quality indicators, hospital, health promotion, health literacy





# Inhalt

Kurzfassung .....	IV
Summary .....	V
Abbildungen.....	VIII
Abkürzungen.....	IX
1 Einleitung – Auftrag und Methode .....	1
2 Hintergrund.....	3
2.1 Qualität im Gesundheitswesen .....	3
2.2 Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz.....	4
2.3 Standards für Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz .....	5
2.3.1 Standards für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser.....	5
2.3.2 Standards für Gesundheitskompetente Krankenhäuser.....	7
3 Schlüsseldokumente für Qualität im Gesundheitswesen.....	10
3.1 Bundesebene .....	10
3.1.1 Gesetzestexte und Bundeszielsteuerungsübereinkommen .....	10
3.1.2 Instrumente der Qualitätssicherung.....	23
3.2 Regionale Ebene .....	31
3.2.1 Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG).....	31
3.2.2 Sanitäre Aufsicht in Kranken- und Kuranstalten.....	32
4 Empfehlungen für die Umsetzung .....	33
Literatur .....	36

# Abbildungen

Abbildung 1 Ansicht kliniksuche.at (Quelle: <a href="https://kliniksuche.at">https://kliniksuche.at</a> ) .....	29
---	----

# Abkürzungen

ÄrzteG	Ärztegesetz
BGK	Bundesgesundheitskommission
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2003–2018)
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
B-ZV	Bundes-Zielsteuerungsvertrag
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger
QQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HPH	Health Promoting Hospitals and Health Services
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
ONGKG	Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen
ÖPGK	Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
WHO	World Health Organization



# 1 Einleitung – Auftrag und Methode

Die Einführung von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz im Krankenhaus kann auf eine lange Umsetzungserfahrung in Einzelprojekten und selbstorganisierten Netzwerken zurückgreifen. Im Jahr 1986 wurden im Rahmen der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen als ein zentrales Setting für Gesundheitsförderung identifiziert (WHO 1986). Etwa zur gleichen Zeit ist im medizinischen Feld das Konzept der Gesundheitskompetenz entstanden.

Seit 1996 besteht das Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG) als Subnetzwerk des von der WHO initiierten Netzwerks „Health Promoting Hospitals and Health Services“ (HPH).

Im Jahr 2006 wurden die ersten Standards für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser publiziert (Groene 2006) und 2015 die ersten Standards für Gesundheitskompetente Gesundheitseinrichtungen (Dietscher et al. 2015a). Seither wurden beide Standards in verschiedenen Versionen überarbeitet bzw. um weitere Standards für bestimmte Zielgruppen, wie ältere Menschen, und thematische Bereiche, wie die Rechte von Kindern und Jugendlichen, ökologische Nachhaltigkeit und gesellschaftliche Auswirkungen der Gesundheitsversorgung, erweitert.

Um Standards der Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz jedoch systematisch und breit umsetzen zu können, ist notwendig, diese in etablierte Qualitätsstrukturen des intramuralen Bereichs einzubinden. Im Rahmen des Projekts „Qualitätsindikatoren und Tools für Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz im Krankenhaus entwickeln“ sollen deshalb verschiedene Fragen geklärt werden:

- » Was sind geeignete Qualitätsinstrumente zur Einführung von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in österreichischen Krankenhäusern?
- » Welche Qualitätsindikatoren können für die Einschätzung einer erfolgreichen Umsetzung von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in österreichischen Krankenhäusern herangezogen bzw. entwickelt werden?
- » Wie sind die Einführungsbedingungen für diese Qualitätsinstrumente?

Um die Fragen zu beantworten, wurden zwei Strategien verfolgt: Einerseits wurden die Schlüsseldokumente identifiziert und gesichtet, andererseits wurden Gespräche mit Expertinnen geführt, um die Auswahl der Dokumente zu bestätigen bzw. zu ergänzen und die Einschätzung der Expertinnen zu diskutieren. Bei den Expertinnen handelt es sich um Mitarbeiterinnen der Gesundheit Österreich und des BMG, die mit der Thematik befasst sind.

Der Fokus dieser Analysearbeit liegt auf einer ersten Evaluierung, welche gesetzlichen Rahmenbedingungen und eingesetzten Instrumente zur Qualitätssicherung derzeit für den intramuralen

Bereich des Gesundheitssystems zur Verfügung stehen und für die Implementation von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz (Definition siehe [Kapitel 2.2](#)) bereits aufgenommen wurden bzw. nutzbar sind.

Weder das konkrete Qualitäts*management* in Krankenanstalten, das für eine weitere Analyse vorgesehen ist, noch die Qualitätsagenden des extramuralen Bereichs sind Teil dieser Analyse. Außerdem konnte, aufgrund knapper Ressourcen, die internationale Ebene nicht in die Analyse einbezogen werden. Besonders verschiedene Dokumente und Strategien der WHO sind hier zu nennen, die in einem Folgeprojekt genauer untersucht werden könnten.

## 2 Hintergrund

### 2.1 Qualität im Gesundheitswesen

Eine Definition für Qualität im Gesundheitswesen / in der Medizin, die auch in Europa weit verbreitet ist, stammt von der US Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations und lautet:

*„Medizinische Qualität ist der unter Anwendung des derzeitigen Wissens vom medizinischen Versorgungssystem erreichte Grad der Wahrscheinlichkeit, für den Patienten erwünschte Therapieergebnisse zu erzeugen und unerwünschte Behandlungsergebnisse zu vermeiden.“* (Zitiert in Bauer/Bach (1999))

Qualität definiert als ein Grad oder Prozentsatz, mit dem das Behandlungsergebnis mit einem zuvor definierten Ziel übereinstimmt, geht zurück auf Avedis Donabedian (1980), einen der ersten Expertinnen und Experten, die sich strukturiert mit der Qualität im Gesundheitswesen auseinandersetzen. In Österreich ist das Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) eines der Schlüsseldokumente für Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen. In § 2 des besagten Gesetzes wird Qualität im Gesundheitswesen entsprechend der oben angeführten Logik als „Grad der Erfüllung der Merkmale von patientinnen- und patientenorientierter, transparenter, effektiver und effizienter Erbringung der Gesundheitsleistung“ definiert.

Auf Donabedian (1980) geht auch die Unterteilung der Qualitätsarbeit und deren Messung in die drei Dimensionen *Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität* – je nach Zielsetzung – zurück. Die Dimension *Struktur* behandelt v. a. die Rahmenbedingungen für die Versorgung im Einzelfall (personelle, sachliche und technische Ausstattung), die Dimension *Prozessqualität* beschäftigt sich v. a. mit der Qualität der Abläufe und die *Ergebnisqualität* zielt auf die Veränderung des Gesundheitszustandes, sprich das Ergebnis der Behandlung, ab. Diese Dimensionen fanden ebenfalls im österreichischen Gesundheitsqualitätsgesetz, § 5 Dimensionen der Qualität, Aufnahme.

Weitere Unterscheidungen in Bezug auf Qualität im Gesundheitswesen finden sich u. a. entlang der Unterteilungslinie zwischen Qualitäts*management* und Qualitäts*sicherung*; bei beiden kann man wiederum zwischen *extern* und *intern* unterscheiden.

Qualitätsmanagement ist laut der *International Organization for Standardization*<sup>1</sup> als ein Set an Mindeststandards aller Aktivitäten und Prozesse zum Leiten und Lenken einer Organisation (be-

---

1

ISO 9000 Family Quality Management. Popular Standards: <https://www.iso.org/iso-9001-quality-management.html> [abgerufen am 29. 11. 2022]

züglich Qualität) definiert, sprich ein *prozessorientierter* Ansatz, der alle Aktivitäten eines Unternehmens als Prozesse versteht, die wiederholbar und ggf. verbesserbar sind. Internes Qualitätsmanagement bezieht sich hierbei auf interne Strukturen, Arbeitsabläufe und Prozesse in einem Unternehmen oder eben auch in einer Gesundheitseinrichtung; wohingegen externes Qualitätsmanagement v. a. Benchmarking-Aktivitäten und Audits durch unabhängige Begutachter:innen meint.

Qualitätssicherung hingegen bezieht sich v. a. auf einzelne Dienstleistungen bzw. Gesundheitsleistungen und ist somit mehr *ergebnisorientiert*. Qualitätssicherung ist nach Pasche & Schrappe (2004) jener Teil des Qualitätsmanagements, der darauf abzielt, mittels Durchführung geplanter und systematischer Tätigkeiten Vertrauen zu schaffen, dass eine Einheit die Qualitätsforderung erfüllen wird. Auch hier kann zwischen den internen Maßnahmen, innerhalb des Unternehmens, und den externen, durch Dritte durchgeführten, Qualitätssicherungsmaßnahmen unterschieden werden. Zu Letzteren zählen in Österreich z. B. die in den respektiven Kapiteln vorgestellten Tools A-IQI und die Qualitätsberichterstattung.

Qualitätsindikatoren werden eingesetzt, „um Qualität einer Gesundheitsleistung zu beobachten, zu vergleichen und zu evaluieren“ (GQG). Weitere Definitionen in Bezug auf gesetzliche Vorgaben, eingesetzte Tools, Assessments u. Ä. sind in [Kapitel 3.1.1.1](#) zu finden.

## 2.2 Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz

Gesundheitsförderung meint die Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen, um sie dazu zu ermächtigen, sich selbst um ihre Gesundheit kümmern zu können. Ziel der Gesundheitsförderung ist, einen Zustand von körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden zu erreichen (WHO 1986).

Gesundheitsförderung soll da stattfinden, wo Menschen ihre Zeit verbringen: am Arbeitsplatz, in der Schule, in Freizeiteinrichtungen und Gesundheitseinrichtungen. Es soll einerseits eine Verhaltensänderung durch Änderung des individuellen Lebensstils erzielt werden (v. a. betreffend Alkoholkonsum, Rauchverhalten, Ernährung, Bewegung), andererseits eine Verhältnisänderung durch Verbesserung der Lebensverhältnisse in den Settings (v. a. Arbeits- und Wohnverhältnisse).

Indikatoren für Gesundheitsförderung betreffen somit im Groben die Verfügbarkeit von und den niederschweligen Zugang zu Angeboten für individuelle Verhaltensänderung sowie die gesundheitsförderliche Gestaltung von Settings.

Gesundheitskompetenz ist, wie Gesundheitsförderung, einerseits im Zusammenhang mit dem Individuum, andererseits im Zusammenhang mit den Lebenswelten zu sehen: Gesundheitskompetenz meint zum einen die Motivation, das Wissen und die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und anzuwenden (Sørensen et al. 2012). Zum anderen bezeichnet Gesundheitskompetenz auch die Rahmenbedingungen, die in Organisationen und Settings bestehen, um Gesundheitsinformationen verfügbar und verständlich zu machen (Parker 2009).



Indikatoren für Gesundheitskompetenz beziehen sich auf die Verankerung von Gesundheitskompetenz in Organisationsstrukturen, den Einsatz von guter Gesundheitsinformation – d. h. leicht verständliche, qualitativ hochwertige, evidenzgesicherte Information –, die Gesprächsqualität in der Kommunikation zwischen Patientinnen bzw. Patienten und medizinischem Personal, die einfache und barrierefreie Navigation im Gesundheitssystem sowie Patientenempowerment (Dietscher et al. 2015b).

Für Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz sind Krankenhäuser zentrale Settings. Das Thema Gesundheit gehört zu ihrem Kerngeschäft – Patientinnen und Patienten haben deshalb zu meist großes Vertrauen in die Kompetenz der Organisationen und können (Informations-)Angebote und Informationen eventuell leichter annehmen („teachable moment“, (Lawson/Flocke 2009). Zudem verbringen die verschiedenen Zielgruppen (Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeiter:innen) teilweise viel Zeit im Krankenhaus, sodass Gesundheitsförderungs- und Gesundheitskompetenzmaßnahmen hohe Effekte erzielen können.

Es gibt zahlreiche Vorteile für Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, die Gesundheit und Gesundheitskompetenz ihrer Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeiter:innen zu stärken – sie profitieren durch bessere Gesundheitsergebnisse bei den Patientinnen und Patienten sowie gesündere und zufriedener Mitarbeiter:innen.

## 2.3 Standards für Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz

### 2.3.1 Standards für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser

Gesundheitsförderung im Krankenhaus hat eine lange Tradition, die mit der Ottawa-Charta im Jahr 1986 begonnen hat. Krankenhäuser wurden (neben einigen anderen) als ein wichtiges Setting identifiziert, um die Gesundheit aller dort befindlichen Personen zu fördern: der Patientinnen und Patienten, der Mitarbeiter:innen, der besuchenden Angehörigen und der regionalen Bevölkerung.

Die ersten Qualitätsstandards für gesundheitsfördernde Krankenhäuser wurden 2006 entwickelt (Groene 2006) und 2020 in überarbeiteter Version herausgegeben (International Network of Health Promotion Hospitals and Health Services 2020). Die Standards zielen darauf ab, die Strategie der Organisation auf Gesundheitsförderung auszurichten, Herausforderungen des Gesundheitssystems besser bewältigen zu können und die Organisation in ein gesundheitsförderndes Umfeld zu verwandeln. Sie sind als internes Instrument gedacht, das zur kontinuierlichen Verbesserung beitragen soll.

Die „2020 Standards für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen“ beinhalten fünf Standards mit jeweils zwei bis sechs Substandards und dazugehörigen Indikatoren. Die Standards setzen auf unterschiedlichen Ebenen an – bei der Krankenhausleitung/-orga-

nisation, den Nutzerinnen und Nutzern, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie der Gesellschaft – und fordern Commitment der Organisation zur Gesundheitsförderung, einen niederschweligen Zugang zur Einrichtung, personenzentrierte Gesundheitsversorgung mit der Möglichkeit der Partizipation, Schaffung eines gesundheitsförderlichen Arbeitsplatzes sowie einen gesellschaftlichen Beitrag zur Gesundheit.

Im Detail lauten die Standards und Substandards wie folgt:

1. Organisatorisches Engagement für HPH unter Beweis stellen
  - 1.1. Führung
  - 1.2. Unternehmenspolitik
  - 1.3. Monitoring, Implementierung und Evaluation
2. niederschwelliger Zugang zu den Gesundheitseinrichtungen
  - 2.1. Erreichbarkeit und Verfügbarkeit
  - 2.2. Informationen und Zugang
  - 2.3. soziokulturelle Akzeptanz
3. personenzentrierte Gesundheitsversorgung und Einbeziehung der Nutzer:innen
  - 3.1. Anpassung an den Versorgungsbedarf
  - 3.2. Anpassung der Versorgungspraxis
  - 3.3. Kommunikation zwischen Patientinnen bzw. Patienten und Gesundheitspersonal
  - 3.4. Unterstützung zur Verhaltensänderung von Patientinnen bzw. Patienten
  - 3.5. Einbeziehung von Patientinnen und Patienten, Familien, Pflegenden und der Gemeinschaft
  - 3.6. Zusammenarbeit in der integrierten Versorgung
4. Schaffung eines gesunden Arbeitsplatzes und eines gesundes Arbeitsumfeldes
  - 4.1. Gesundheitsbedürfnisse des Personals, Einbeziehung und Gesundheitsförderung
  - 4.2. Gesunde Arbeitswelt („Setting“)
5. Förderung der Gesundheit in der Gesellschaft
  - 5.1. gesundheitliche Bedürfnisse der Bevölkerung
  - 5.2. Gesundheit der Gemeinschaft im Blick
  - 5.3. Umwelt und Gesundheit
  - 5.4. Austausch von Informationen, Forschung und Kapazitäten

Derzeit sind fast 70 Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen im „Österreichischen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen“ (ONGKG) organisiert. Im Rahmen des Netzwerks gibt es derzeit drei thematische Schwerpunkte mit jeweils eigenen Standards und Zertifizierungsprogrammen: Rauchfreies Krankenhaus, baby-friendly hospital, Altersfreundliches Krankenhaus.

## 2.3.2 Standards für Gesundheitskompetente Krankenhäuser

Das Konzept der Gesundheitskompetenz reicht zwar, wie das Thema Gesundheitsförderung, zurück in die 1980er-Jahre, Standards für gesundheitskompetente Organisationen wurden – zumindest in Österreich – jedoch erst später entwickelt. Im Jahr 2015 erschien das erste Selbstbewertungsinstrument im Rahmen vom „Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen“ (Dietscher et al. 2015b). Die darin enthaltenen Standards wurden zuletzt 2020 überarbeitet und von der Arbeitsgruppe Gesundheitskompetente Organisationen der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) herausgegeben (ÖPGK 2020). Wie bei den Standards für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen handelt es sich dabei um ein Instrument, das für den internen Gebrauch in Krankenhäusern gedacht ist, um sich selbst in Bezug auf Gesundheitskompetenz zu bewerten.

Das „Selbsteinschätzungsinstrument für Gesundheitskompetenz in Gesundheitseinrichtungen“ besteht aus acht Standards mit ein bis sechs Substandards. Sie setzen – wie auch die HPH-Standards – bei der Organisation/Leitung, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, den Patientinnen und Patienten sowie der Region an. Ziele sollen sein, die Gesundheitskompetenz in organisationale Strukturen und Entscheidungen zu integrieren, Gute Gesundheitsinformationen für Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu stellen (u. a. durch partizipative Entwicklung der Materialien), den Zugang zur und die Orientierung in der Gesundheitseinrichtung zu vereinfachen, patientenzentriert zu kommunizieren und einen Beitrag zur Gesundheitskompetenz in der Region zu leisten.

Die Standards lauten im Detail wie folgt:

1. Managementgrundsätze
  - 1.1. Die Leitung der Gesundheitseinrichtung verpflichtet sich, die Gesundheitskompetenz der Organisation zu überprüfen und zu verbessern.
  - 1.2. Die Gesundheitseinrichtung macht Gesundheitskompetenz zur Organisationsverantwortung.
  - 1.3. Die Organisation gewährleistet die Qualität der Umsetzungsmaßnahmen zur organisationalen Gesundheitskompetenz durch Qualitätsmanagementmessung. Die Leitung der Gesundheitseinrichtung verpflichtet sich, die Gesundheitskompetenz der Organisation zu überprüfen und zu verbessern.
2. Materialien partizipativ entwickeln
  - 2.1. Die Organisation bezieht Patientinnen und Patienten in die Entwicklung und Evaluierung patientenorientierter Dokumente, Materialien und Angebote ein.
  - 2.2. Es werden verschiedene Mitarbeiter:innen in die Entwicklung und Evaluierung patientenorientierter Dokumente, Materialien und Angebote einbezogen.
3. Mitarbeiter:innen qualifizieren
  - 3.1. Know-how in Gesprächsführung, Verwendung einfacher Alltagssprache und Qualitätsbewertung von Gesundheitsinformationen werden als wesentliche professionelle Kompetenzen aller Mitarbeiter:innen der Organisation verstanden. Dokumente wie z. B. Stellenausschreibungen und Personalentwicklungspläne belegen dies.
4. unterstützende Umwelt schaffen

- 4.1. Die Gesundheitseinrichtung ermöglicht einen barrierefreien Erstkontakt über das Internet und Telefon.
- 4.2. Die Gesundheitseinrichtung stellt alle Informationen bereit, die für die Anreise zur und den Aufenthalt/Besuch in der Einrichtung benötigt werden.
- 4.3. Orientierungshilfen in allen Empfangs- und Anmeldebereichen ermöglichen Patientinnen und Patienten bzw. Besucherinnen und Besuchern, sich gut zurechtzufinden.
- 4.4. Die Organisation verfügt über ein klares und gut verständliches Navigationssystem.
- 4.5. Es gibt frei zugängliche Gesundheitsinformationen für Patientinnen, Patienten und Besucher:innen.
5. mit Patientinnen und Patienten kommunizieren
  - 5.1. Patientinnen und Patienten werden darin gestärkt, eine aktive Rolle und Selbstmanagement zu übernehmen.
  - 5.2. Die mündliche Kommunikation mit Patientinnen und Patienten ist leicht verständlich und handlungsorientiert.
  - 5.3. Gestaltung und Einsatz schriftlicher Dokumente und Materialien, die leicht verständlich und, sofern es sich um Anleitungen für Patientinnen bzw. Patienten handelt, in gut handhabbare Schritte gegliedert sind.
  - 5.4. Gestaltung und Einsatz von Computerapplikationen und neuen Medien, die leicht verständlich und, sofern es sich um Anleitungen für Patientinnen bzw. Patienten handelt, in gut handhabbare Schritte gegliedert sind.
  - 5.5. Muttersprachliche Informationen und muttersprachliche Gespräche werden von spezifisch geschulten Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern und in Form schriftlicher Materialien angeboten.
  - 5.6. Leicht verständliche und handlungsorientierte Kommunikation wird als notwendige Patientensicherheitsmaßnahme erachtet.
6. Gesundheitskompetenz der Patientinnen, Patienten und Angehörigen über deren Besuch hinaus verbessern
  - 6.1. Die Patientinnen und Patienten werden hinsichtlich ihrer weiteren Behandlung und Genesung von der Organisation unterstützt.
  - 6.2. Die Gesundheitseinrichtung unterstützt ihre Patientinnen, Patienten und deren Angehörige beim Erwerb und Ausbau von Gesundheitskompetenz für das krankheitsbezogene Selbstmanagement.
  - 6.3. Die Organisation unterstützt ihre Patientinnen, Patienten und deren Angehörige beim Erwerb und Ausbau von Gesundheitskompetenz für die Entwicklung gesunder Lebensumstände.
  - 6.4. Die Gesundheitseinrichtung unterstützt die Patientinnen, Patienten und deren Angehörige direkt in der Stärkung ihrer allgemeinen Gesundheitskompetenz oder vermittelt entsprechende Schulungen.
7. Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter:innen verbessern
  - 7.1. Die Gesundheitseinrichtung unterstützt ihre Mitarbeiter:innen beim Erwerb und Ausbau von Gesundheitskompetenz für das Selbstmanagement berufsspezifischer Gesundheitsrisiken.
  - 7.2. Die Organisation pflegt eine verständliche schriftliche und mündliche Kommunikation in Richtung der Mitarbeiter:innen.

- 7.3. Gesundheitsorientierte Führung wird als wesentliche professionelle Kompetenz aller Führungskräfte verstanden. Dokumente wie Stellenausschreibungen und Personalentwicklungspläne belegen dies.
- 7.4. Die Gesundheitseinrichtung unterstützt ihre Mitarbeiter:innen beim Erwerb und Ausbau von Gesundheitskompetenz für die Entwicklung eines gesunden Lebensstils.
- 8. Gesundheitskompetenz in der Region
  - 8.1. Die Organisation unterstützt die Verbreitung und Weiterentwicklung des Konzeptes der Gesundheitskompetenz in der Region und darüber hinaus.
  - 8.2. Die Gesundheitseinrichtung trägt nach Maßgabe ihrer Möglichkeiten zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung bei.

## 3 Schlüsseldokumente für Qualität im Gesundheitswesen

Die Basis für die Qualitätsarbeiten im österreichischen Gesundheitswesen bildet einerseits das Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) und andererseits die Qualitätsstrategie (BGK 2010; BMGF 2017). Diese sowie weitere relevante Gesetze sowie Übereinkünfte der Bundeszielsteuerungspartner Bund, Länder und Sozialversicherung werden im Folgenden kurz beschrieben. Auch die entsprechenden Instrumente der Qualitätssicherung und -evaluierung werden danach vorgestellt. Sofern vorhanden, wird jeweils auf bestehende Referenzen zu Indikatoren und auf Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz hingewiesen. In den Schlussfolgerungen wird kurz dargestellt, welche konkreten Anknüpfungspunkte für die Umsetzung identifiziert werden können. Diese werden in den Empfehlungen ([Kapitel 4](#)) wieder aufgegriffen.

### 3.1 Bundesebene

#### 3.1.1 Gesetzestexte und Bundeszielsteuerungsübereinkommen

Folgende Gesetzesmaterien und Übereinkünfte der Bundeszielsteuerungspartner wurden genauer auf qualitätsrelevante Bestimmungen untersucht:

1. Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG)
2. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit
3. Bundes-Zielsteuerungsvertrag
4. Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG)
5. Ärztegesetz
6. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)
7. Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen
8. Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG)
9. Gesundheitsförderungsstrategie
10. Patientensicherheitsstrategie
11. Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)

In Zusammenhang mit diesen Gesetzesmaterien gibt es verschiedene Instrumente, u. a. Gesundheitsberichterstattung, Patientenbefragung, Qualitätsstandards, Monitoring aus Routinedaten (A-IQI) etc., die im nachfolgenden Kapitel dargestellt werden.

### 3.1.1.1 Gesundheitsqualitätsgesetz

Das Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) stellt eines der Schlüsseldokumente für die Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen dar. Es ist ein relativ kurzer Gesetzestext, der aus elf Paragraphen besteht und mit 2005 zum ersten Mal in Kraft trat. Ziel des Gesundheitsqualitätsgesetzes war, den vielen unterschiedlichen Aktivitäten in der Qualitätsarbeit einen bundesweit einheitlichen, sektorenübergreifenden und transparenten Rahmen zu geben.

Art. 1 beschäftigt sich mit Zielsetzungen und Grundsätzen: „Zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen ist systematische Qualitätsarbeit zu implementieren und zu intensivieren.“ Diese Qualitätssicherung soll „bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend ...“ sein. Eine erste Referenz zur Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung lässt sich in der Auflistung der Prinzipien der Patientenorientierung als eines der Grundprinzipien für Qualitätsarbeit erkennen.

Die weiteren Artikel beinhalten Definitionen relevanter Begriffe, die bereits erwähnten drei Dimensionen von Qualität (Struktur, Prozess und Ergebnis), eine Definition von Qualitätsstandards für das Gesundheitswesen und die Qualitätsberichterstattung. Ein weiterer wichtiger Aspekt dieses Gesetzes ist die Gründung des Bundesinstituts für Qualität im Gesundheitswesen, das an der Gesundheit Österreich GmbH angesiedelt ist.

Eine wichtige Grundlage für Gesundheitsförderung im GQG ist: „Die Gesundheitsleistungen müssen den auf Grund dieses Gesetzes geltenden Vorgaben und dem jeweiligen anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen entsprechen sowie in der fachlich gebotenen Qualität und in einem gesundheitsförderlichen Umfeld erbracht werden.“ (§ 3 (1))

#### **Schlussfolgerung**

Wenngleich das Gesundheitsqualitätsgesetz eines der Schlüsseldokumente ist, hat die Praxis gezeigt, dass es in der alltäglichen Relevanz für die Qualitätsarbeit heutzutage etwas eingeschränkt ist. Derzeitige Bestrebungen, das Qualitätsregime in Österreich grundsätzlich auf neue Beine zu stellen, sollen hier Verbesserungen bringen (Interview BMSGPK 22. 10. 2022).

### 3.1.1.2 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit

Gleichzeitig mit dem Abschluss des Finanzausgleichs für die Periode ab 2017 ist auch der Abschluss der aktuellen 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens erfolgt, welche die kontinuierliche Fortschreibung der festgelegten Finanzierungsmechanismen sicherstellt. Diese Vereinbarung enthält neben der Zielsetzung der weiteren Entlastung des intramuralen Bereichs und der Stärkung der multiprofessionellen Zusammenarbeit im niedergelassenen Bereich im 3. Abschnitt zu „Qualität und Gesundheitsförderung“ (Art. 8–12, Art. 15a-V) u. a. in Art. 9 wiederum eine allgemeine Referenz zur Patientenorientierung. Diese soll u. a. durch

die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung erreicht werden – mit dem Ziel, „die aktive Beteiligung der Betroffenen in Entscheidungsprozessen möglich“ zu machen (Art. 9 (1), (15a-Vereinbarung 2017).

Die Verbindung von Qualität und Gesundheitsförderung und -kompetenz wird in Art. 9 noch klarer ausgedrückt: Es sollen bereits eingeführte Instrumente der Feststellung der Prozess- und Ergebnisqualität weiter ausgebaut und die Ergebnisse im Sinne der Transparenz und Qualitätsinformation für die Bevölkerung öffentlich gemacht werden, durch eine neue Qualitätsinformationsplattform bzw. auch den Ausbau der bereits bestehenden kliniksuche.at. Auch die Qualitätsberichterstattung, inklusive Patientenbefragungen und Berichte über Patientensicherheit, ist weiter auszubauen (Art. 9 (4), Art. 15a-V).

### **Schlussfolgerung**

Die Art. 15a-Vereinbarung ist ein Schlüsseldokument für die Finanzierung von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz und deswegen höchst relevant. Es gibt hier bereits einige Inhalte, die im Rahmen der nächsten Verhandlungen noch stärker ausgebaut werden könnten.

## **3.1.1.3 Bundes-Zielsteuerungsvertrag**

Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag beruht auf der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie Zielsteuerung-Gesundheit und dem Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2017, BGBl. I Nr. 26/2017. Er wurde in den Jahren 2013 bis 2016 als partnerschaftliches Zielsteuerungssystem von Bund, Ländern und Sozialversicherung eingeführt und seither fortgeführt und kontinuierlich weiterentwickelt. Der Vertrag für 2017 bis 2021 fokussiert vor allem die Umsetzung der Primärversorgung und Stärkung des ambulanten Bereichs, den Ausbau von Technologien wie dem Impfpass, die Sicherung von Qualität und die Stärkung von Gesundheitskompetenz. Der aktuelle Vertrag wurde – nachdem der Finanzausgleich 2021 um zwei Jahre verlängert wurde – für 2022 und 2023 formuliert.

Die aktuelle Fassung des Vertrags (BMSGPK 2022d) umfasst im ersten Teil „Allgemeines“ ein gemeinsames Zukunftsbild, wie z. B. die Erhaltung von Gesundheit und zielgerichtete Gesundheitsförderung, gemeinsame handlungsleitende Werte, wie z. B. die Orientierung an den Gesundheitszielen, Bekenntnis zur Qualität (inklusive Patientensicherheit) sowie Selbstbestimmung, Bürger- und Patientenorientierung.

Im zweiten Teil „Steuerungsbereiche“ wurden die strategischen und operativen Ziele festgelegt, wie z. B. das strategische Ziel 3: „Gesundheitsförderung und Prävention: Erhöhung der Zahl der gesunden Lebensjahre und Verbesserung der Lebensqualität von erkrankten Personen“ mit den operativen Zielen 10: „Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung“ und 11: „Stärkung von zielgerichteter Gesundheitsförderung und Prävention“. Dieser Teil umfasst außerdem einen Maßnahmenkatalog, basierend auf den Zielen, sowie Monitoring und Statusbericht.



## Schlussfolgerung

Die Stärkung der Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz ist, wie oben an den Beispielen gezeigt, im B-ZV als wichtiges strategisches und operatives Ziel verankert. Auch Qualität im Gesundheitswesen ist hier zentral gesetzt. Diese Ansatzpunkte sollten im Rahmen der kommenden Verhandlungen zur Zielsteuerung-Gesundheit ausgebaut werden.

### 3.1.1.4 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG)

Krankenanstalten und Kuranstalten sind laut Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) verpflichtet, im Rahmen der Organisation Maßnahmen der Qualitätssicherung und Maßnahmen zur Wahrung der Patientensicherheit vorzusehen und dabei auch ausreichend überregionale Belange zu wahren. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, dass vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten ermöglicht werden.

Folgende Rollenverteilung ergibt sich aus dem KAKuG:

Die Landesgesetzgebung hat die Träger der Krankenanstalten zu verpflichten, an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen.

Die Träger von Krankenanstalten sind für die Schaffung der Voraussetzungen für interne Qualitätssicherung verantwortlich. Die Maßnahmen haben die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen.

Die kollegiale Führung der jeweiligen Anstalt hat die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen.

In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist eine Kommission für Qualitätssicherung einzusetzen, die unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person steht. Aufgabe der Kommission ist, Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen sowie die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und die kollegiale Führung der Krankenanstalt bzw. in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung die:den jeweilige:n Verantwortliche:n hinsichtlich aller hierfür erforderlichen Maßnahmen zu beraten (KAKuG).

## Schlussfolgerung

Das KAKuG legt fest, dass die Länder die Träger der Krankenanstalten verpflichten, an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen. In dieser Qualitätsberichterstattung werden auch für Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz relevante Kriterien, wie z. B. „Patientenorientierung“, erhoben. Die Daten werden über [kliniksuche.at](http://kliniksuche.at) öffentlich zugänglich gemacht. Daher scheint für die Qualitätsberichterstattung, die von der GÖG durchgeführt wird, zentral, die Qualitätsindikatoren der Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz weiter zu präzisieren und auszubauen (siehe [Kapitel 3.1.2.4](#)).

### 3.1.1.5 Ärztegesetz (ÄrzteG)

Das Ärztegesetz (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998) bildet die rechtliche Grundlage zur Ausübung des ärztlichen Berufes sowie der Ärztekammer, der Standesvertretung der niedergelassenen und angestellten Ärztinnen und Ärzte. Es stellt die Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, approbierte Ärztinnen und Ärzte, Fachärztinnen und -ärzte sowie Turnusärztinnen und -ärzte dar, normiert also die Rechte und Pflichten der in Österreich tätigen Ärztinnen und Ärzte. Im Ärztegesetz werden vielfältige Qualitätsanforderungen an die Berufsausbildung und die Berufsausübung, vor allem im niedergelassenen Bereich, beschrieben.

Im Abschnitt „Behandlung der Kranken und Betreuung der Gesunden“ wird hinsichtlich Qualitätsanspruch in § 49 (1) unter anderem auf fachspezifische Qualitätsstandards und das Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) verwiesen:

„Ein Arzt ist verpflichtet, jeden von ihm in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden und Kranken ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen. Er hat sich laufend im Rahmen anerkannter Fortbildungsprogramme der Ärztekammern in den Bundesländern oder der Österreichischen Ärztekammer oder im Rahmen anerkannter ausländischer Fortbildungsprogramme fortzubilden und nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung sowie unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften und der fachspezifischen Qualitätsstandards, insbesondere aufgrund des Gesundheitsqualitätsgesetzes (GQG), BGBl. I Nr. 179/2004, das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren.“ (Ärztegesetz 1984 – ÄrzteG 1984).

In weiteren Abschnitten ist geregelt, dass sich die Ärztekammer zur Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung und der ärztlichen Fortbildung verpflichtet. Die operative Durchführung der Evaluierungen der Prozess- und der Strukturqualität medizinischer Leistungen obliegt einer von der Ärztekammer dafür errichteten Organisation, der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH.

#### **Schlussfolgerung**

Das Thema Qualitätssicherung von ärztlichen Leistungen (Struktur- und Prozessqualität) ist im ÄrzteG geregelt. „Gesundheitsförderung“, „Gesundheitskompetenz“ und auch „Prävention“ kommen im ÄrzteG nicht explizit als Leistungen von Ärztinnen bzw. Ärzten vor, somit gibt es auch keine Qualitätssicherungsvorgaben dazu. Einen Ansatzpunkt zur Aufwertung von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in der Krankenversorgung könnte die Integration in fachspezifische Qualitätsstandards und das Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) darstellen. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten sollte als berufliche Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten explizit im ÄrzteG verankert werden. Darüber hinaus sollten als für die Ausbildung relevante Kenntnisse neben den Fachkompetenzen auch sozialkommunikative Kompetenzen genannt werden.

### 3.1.1.6 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)

Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) ist ein Gesetz der Republik Österreich, das die Berufspflichten und -bezeichnungen der in Gesundheits- und Krankenpflegeberufen Tätigen regelt.

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist für die Pflege von Menschen aller Altersstufen, Familien und Bevölkerungsgruppen in mobilen, ambulanten, teilstationären und stationären Bereichen verantwortlich. Der gehobene Dienst wurde bis 2016 von den Berufsgruppen Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) sowie Bachelor of Science Nursing ausgeübt.

Ab der Gesetzesnovelle im Jahr 2016 (GuKG–Novelle 2016) wurde den Berufsgruppen des gehobenen Dienstes und der Pflegehilfe eine dritte hinzugefügt, die Pflegefachassistenz. Die Pflegeassistenz ersetzt die bisherige Pflegehilfe. Für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. DGKP bzw. Bachelor of Science Nursing (vorher Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester) wurden in Österreich weitere Kompetenzbereiche geschaffen. Ein neuer Wirkungsbereich der DGKP ist zum Beispiel die Familien- und Schulgesundheitspflege.

Die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten als berufliche Aufgabe von Pflegeberufen wird explizit im Zusammenhang mit dem Wundmanagement sowie der Hospiz- und Palliativversorgung genannt (§ 22a).

Im GuKG sind keine konkreten Festlegungen hinsichtlich der Qualität der Erbringung von pflegerischen Leistungen im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz sowie beruflicher Kommunikation enthalten.

Als für die Ausbildung relevante Kenntnisse werden neben den Fachkompetenzen auch sozial-kommunikative Kompetenzen genannt (§ 41). Als für Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz relevante Ausbildungsinhalte der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege werden im (§ 42) unter den Punkten 14 bzw. 16 angeführt:

14. Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung, einschließlich Arbeitsmedizin

16. Kommunikation, Konfliktbewältigung, Supervision und Kreativitätstraining

Das Gesundheitsministerium entscheidet per Verordnung über berufliche Kompetenzen und Mindestanforderungen, die im Rahmen der Ausbildungen erworben werden müssen.

Für manche Sonderausbildungen sind ebenfalls Kenntnisse im Bereich Kommunikation, Gesprächsführung und Konfliktbewältigung verpflichtend:

- » Sonderausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege: Kommunikation, Konfliktbewältigung, Supervision und Kreativitätstraining
- » Sonderausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege: Gesprächsführung, psychosoziale Betreuung und Angehörigenarbeit

- » Sonderausbildungen in der Intensivpflege, in der Anästhesiepflege und in der Pflege bei Nierenersatztherapie: Kommunikation und Ethik
- » Sonderausbildung in der Pflege im Operationsbereich: Kommunikation
- » Sonderausbildung in der Krankenhaushygiene: Kommunikation, Angewandte Pädagogik, Gesprächsführung und Konfliktbewältigung

### Schlussfolgerung

Die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten als berufliche Aufgabe von Pflegeberufen wird explizit im Zusammenhang mit dem Wundmanagement sowie der Hospiz- und Palliativversorgung genannt (§ 22a).

Im GuKG sind keine konkreten Festlegungen hinsichtlich der Qualität der Erbringung von pflegerischen Leistungen im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz sowie beruflicher Kommunikation enthalten.

Als für die Ausbildung relevante Kenntnisse werden neben den Fachkompetenzen auch sozial-kommunikative Kompetenzen genannt – hier könnte man mit Blick auf die Gesundheitskompetenz mit dem Thema „Gute Gesprächsqualität“ und mit spezifischen Kommunikationstrainings für diese Gesundheitsberufe anknüpfen.

### 3.1.1.7 Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen

Die Qualitätsstrategie baut auf das Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) auf und wurde erstmals 2010 beschlossen (BGK 2010), 2017 wurde eine adaptierte Version veröffentlicht (BMGF 2017) und 2022 eine weitere Aktualisierung der Qualitätsstrategie erarbeitet und veröffentlicht (BMSGPK 2022b). Das Zielpublikum der Strategie sind die entsprechenden Entscheidungsträger:innen und Institutionen des Gesundheitswesens, Gesundheitsdiensteanbieter:innen und die interessierte Öffentlichkeit.

Die ursprüngliche Version der Qualitätsstrategie umfasst eine Vision<sup>2</sup>, grundlegende Werte (wie Patientensicherheit, Gleichbehandlung aller Bürger:innen bezüglich Zugang, partizipatives und kooperatives Vorgehen) und Ziele, die in weiterer Folge operationalisiert und mit Maßnahmen untermauert worden sind. Die Maßnahmen zu den operativen Zielen der nationalen Qualitätsstrategie

---

2

„Die österreichische Qualitätsstrategie trägt wesentlich zur kontinuierlichen Weiterentwicklung, Verbesserung und flächendeckenden Sicherung der Qualität in allen Sektoren des Gesundheitswesens bei. Sie unterstützt [die] angemessene und [...] vor allem sichere Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Qualität wird zum Leit- und Steuerungskriterium des österreichischen Gesundheitswesens.“ (BGK 2010)

1.0 sind im Rahmen der Arbeiten zur Zielsteuerung-Gesundheit 2013 bis 2016 größtenteils umgesetzt und anschließend für die nächste Periode, 2017 bis 2021, weiterentwickelt und neu strukturiert worden. In der aktuellen Version (BMSGPK 2022b) finden sich nun sechs Themenschwerpunkte mit unterschiedlichen Themen, die wiederum Hauptziele und operative Ziele umfassen.

Die Themenschwerpunkte und Themen sind:

1. Patientensicherheit: Patientensicherheitsstrategie, Hygiene
2. Qualitätsmessung: Qualitätsmessung im stationären Bereich (A-IQI), Qualitätsmessung im ambulanten Bereich, regelmäßige sektorenübergreifende Patientenbefragung und Teilnahme an der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS)
3. Qualitätsmanagement: Mindestanforderung an Qualitätsmanagement, Fort- und Weiterbildung
4. Qualitätsstandards und integrierte Versorgung: Qualitätsstandards, integrierte Versorgung
5. Evidenzbasierung: evidenzbasierte Medizin, Health Technology Assessment und Evidence-based Public Health
6. Transparenz und Information: Qualitätsberichterstattung, Kliniksuche, Spitalskompass und Rehabilitationskompass

### **Schlussfolgerung**

In Bezug auf Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz wird hier neben dem Ausbau des Themas Patientensicherheit auch festgehalten, dass durch weitere Qualitätsmessungen und Patientenbefragungen die Qualität der Versorgung verbessert werden soll.

Der Punkt zu „Transparenz und Information“ ist im Hinblick auf die Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz ebenfalls relevant, da hier die beiden Instrumente Qualitätsberichterstattung und Kliniksuche erwähnt und gestärkt werden. Beide Tools enthalten relevante Indikatoren, wie das [Kapitel 3.1.2](#) zeigen wird. Die Kliniksuche sowie der KA-Kompass und der Reha-Kompass haben als Hauptziel eine bessere Unterstützung der Bevölkerung, im Sinne eines Patientenempowerments, vorgesehen. Sie sollen die Entscheidungsfindung und die Vorbereitung auf Krankenanstaltenaufenthalte unterstützen, indem sie Informationen auf neutralen Plattformen vermitteln. Das formulierte Ziel dazu lautet: „Unterstützung der Patientinnen und Patienten mithilfe qualitätsgesicherter, neutraler Informationen bei der Suche nach der geeigneten Krankenanstalt/Gesundheitseinrichtungen zur Lösung ihres Gesundheitsproblems“.

Dies zeigt, dass über die Weiterentwicklung der Qualitätsstrategie auch die Patientenzentrierung, -information und Gesundheitsförderung immer mehr Bedeutung erhalten haben. Diese Aspekte sollten weiter verstärkt werden und über die weiteren Versionen soll darauf geachtet werden, dass dies auch zukünftig der Fall sein wird.

### 3.1.1.8 Österreichischer Strukturplan Gesundheit

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) ist das zentrale Planungsinstrument im österreichischen Gesundheitswesen und umfasst den intramuralen und den extramuralen Bereich.

Die aktuelle Version ist jene aus dem Jahr 2017 mit einigen Wartungsänderungen aus dem Jahr 2021 (insbesondere Großgeräteplan und Versorgungsaufträge) und beinhaltet in Kapitel 3 eine Reihe von Qualitätskriterien (BMSGPK 2021). Diese Qualitätskriterien sind eine wesentliche Voraussetzung für die Leistungserbringung und für die Sicherung der Qualität unverzichtbar. Der Fokus liegt hier insbesondere auf der Strukturqualität. Es wird unterschieden zwischen allgemeinen Qualitätskriterien und jenen für spezifische Versorgungsbereiche, wie z. B. den akutstationären Bereich.

In den Aufgabenprofilen werden „Allgemeine Aufgaben für alle Fachbereiche“ beschrieben. Im ersten Bereich „Gesundheitskompetenz von PatientInnen stärken“ werden folgende Aufgaben beschrieben:

- » Anleitung und Motivation zum Selbstmanagement im Umgang mit Erkrankungen
- » Information und Beratung zu Gesundheitsdeterminanten, persönlichen Risikofaktoren und präventiven Maßnahmen
- » patientenzentrierte Gesprächsführung inklusive Herstellen und Aufrechterhalten der therapeutischen Beziehung

Im zweiten Aufgabenbereich „Aufklären der PatientInnen“ werden ebenfalls stark mit Gesundheitskompetenz und Umsetzung von Patientenrechten zusammenhängende Aspekte adressiert:

- » Kommunikation mit Patientinnen und Patienten über Vorbereitung, Indikation, Durchführung und Risiken von Untersuchungen und Behandlungen (Patientengespräch bzw. Gespräche mit Angehörigen. Information bzgl. Selbsthilfeinstitutionen).

Im Abschnitt „Organisatorische Aufgaben in der (teambasierten) Primärversorgung“ werden im Zusammenhang mit Teamkommunikation wichtige Aspekte angesprochen, für die ebenfalls Gesundheitskompetenz-Aspekte aus dem Schwerpunkt „Gute Gesprächsqualität“ relevant sind. Bei fachspezifischen Aufgaben der Früherkennung/Prävention/Beratung wird dem Thema patientenorientierte Kommunikation ebenfalls ein großer Stellenwert eingeräumt, z. B. bei Haut- und Geschlechtskrankheiten:

- » Information, Beratung und Kommunikation von Patientinnen bzw. Patienten und ggf. Betreuungspersonen bzgl. Therapie, Verhalten sowie Vermeidungs- und Bewältigungsstrategien (z. B. Allergien, Berufsdermatosen, chronische Hauterkrankungen, phlebologische Erkrankungen).

Im Abschnitt „Laienversorgung“ wird der Gesundheitskompetenz ein zentraler Stellenwert eingeräumt (S. 28):

„Bei entsprechender Gesundheitskompetenz kann bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen ein großer Teil an einfachen Behandlungserfordernissen außerhalb des professionellen Gesundheitssystems abgedeckt werden. Folgende Maßnahmen können dabei unterstützen:

- » medizinische Hotlines bzw. telefon- und webbasierte Beratungsservices
- » Patientenschulungsprogramme bzw. Disease-Management-Programme (Empowerment der PatientInnen)
- » Selbsthilfegruppen
- » zuverlässige, nach Möglichkeit evidenzbasierte, qualitätsgesicherte, einfach verständliche und zielgruppenadäquate Information und Aufklärung
- » Weiterentwicklung der Kommunikationskompetenz der Gesundheitsberufe“

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG), der grundsätzlich alle Versorgungsebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und angrenzender Bereiche umfasst, stellt den Rahmenplan für die Versorgungsplanung in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) dar. Darüber hinaus sind die Regionalen Strukturpläne Gesundheit und deren weitere Anpassungen, Wartungen und Weiterentwicklungen zwischen dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit auf Landesebene abzustimmen. In den RSG der meisten Länder finden sich derzeit allerdings noch kaum Aspekte zu Gesundheitskompetenz oder Gesundheitsförderung.

### **Schlussfolgerung**

Im bundesweiten Rahmenplan ÖSG hat die Stärkung von Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung von Patientinnen und Patienten für eine bessere Versorgungsqualität in den Aufgabenprofilen der Gesundheitsberufe bereits einen prominenten Stellenwert erlangt. Für eine effektivere Umsetzung in der Praxis müsste auch eine stärkere Verankerung und Operationalisierung dieser Grundsätze in den Regionalen Strukturplänen der Bundesländer angestrebt werden.

## **3.1.1.9 Gesundheitsförderungsstrategie**

Die Gesundheitsförderungsstrategie wurde für den Zeitraum 2013 bis 2022 in Österreich als Grundlage für die Verwendung von Gesundheitsförderungsfonds-Mitteln und Vorsorgemitteln erarbeitet (BMGF 2016). Eine neue Strategie wird derzeit erarbeitet.

Die Gesundheitsförderungsstrategie dient als grundsätzliche Orientierung für alle Gesundheitsförderungsmaßnahmen der Vertragspartner der Zielsteuerung-Gesundheit und auch aller weiteren Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung in Österreich. Zudem gibt sie verbindliche Ziele und Grundsätze für die Mittelverwendung der „Gesundheitsförderungsfonds“ und die Verwendung der „Vorsorgemittel“ vor.

Die Umsetzung der Gesundheitsförderungsstrategie wird, wie im Bundes-Zielsteuerungsvertrag (B-ZV 2013)B-ZV, Teil C, Art. 12) festgelegt, durch ein Monitoring begleitet. Im Rahmen von zwei

Monitoringberichten wurde ein Überblick über die Maßnahmen, die im Rahmen der Strategie durch die Landesgesundheitsförderungsfonds gefördert wurden, gegeben.

Die schrittweise Umsetzung der Gesundheitsförderungsstrategie auf Landesebene wird durch eine Reihe von Unterstützungsmaßnahmen auf Bundesebene begleitet (B-ZV, op. Ziel 8.1.1). Detailliertere inhaltliche Beschreibungen der im Rahmen der Gesundheitsförderungsstrategie geförderten Maßnahmen finden sich im Integrierten Daten- und Dokumentationssystem Gesundheit (IDDS-Gesundheit).

Inhaltliche Schwerpunkte teilen sich auf verschiedene Interventionsfelder auf (Familie, Kindergarten, Schule, Betrieb, Gemeinde/Stadt(-viertel), Freizeit/Konsumwelten, öffentliche Dienstleistungen und Gesellschaft). Besonders zu betonen sind die „Gesundheitskompetenten Krankenhäuser und Gesundheitsdienstleister“, die im Rahmen der öffentlichen Dienstleistungen einen inhaltlichen Schwerpunkt darstellen.

### **Schlussfolgerung**

Die Gesundheitsförderungsstrategie bildet die Grundlage für die Verwendung von Gesundheitsförderungsmitteln und könnte dementsprechend viel bewirken, um Gesundheitsförderung (und Gesundheitskompetenz) im Gesundheitssystem zu platzieren. Da gerade eine neue Fassung der Gesundheitsförderungsstrategie verhandelt wird, sollte die Integration von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in Gesundheitseinrichtungen hier einen wesentlichen Platz einnehmen.

## **3.1.1.10 Patientensicherheitsstrategie**

International und auch in Österreich wird verstärkt auf das Einbeziehen von Patientinnen und Patienten in die Gesundheitsversorgung als aktive, informierte und kompetente Partner:innen abgezielt. Aufgrund dieser Ausgangslage kommt den Themen Patientenrechte und Patientensicherheit eine sehr große Bedeutung zu.

Die aktuelle Patientensicherheitsstrategie 2.0 (BMASGK 2018) soll dazu beitragen, weiterhin Bewusstsein für das Thema zu schaffen, und Entscheidungsträger:innen, Finanziers und Gesundheitsdienstleister:innen dabei unterstützen, ein hohes Maß an sicherer Versorgung für alle zu gewährleisten und so die Risiken für alle Patientinnen und Patienten in Behandlung und Betreuung zu reduzieren. Zudem stellt sie für Bürger:innen sowie Patientinnen und Patienten eine Orientierungshilfe für die Belange der Patientensicherheit im österreichischen Gesundheitswesen dar.

Die Strategie ist nach vier Interventionsfeldern gegliedert:

- » Entscheidungsträger:innen im Gesundheitswesen (Politikentwicklung)
- » Organisationsentwicklung
- » Personalentwicklung
- » Patientinnen und Patienten sowie breite Öffentlichkeit



Das Bekenntnis zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen unter Berücksichtigung der Patientensicherheit ist im Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) verankert. Ausgehend davon wurde eine österreichweite Qualitätsstrategie (BGK 2010) entwickelt. Darin ist Patientensicherheit als einer der zentralen Eckpfeiler von Qualitätsarbeit festgeschrieben.

Im Jahr 2016 wurde die Qualitätsstrategie für das Gesundheitswesen im Zuge des Gesundheitsreformprozesses Zielsteuerung-Gesundheit im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur (BGA) überarbeitet und weiterentwickelt. Die Qualitätsstrategie gibt vor, dass Patientensicherheit im Mittelpunkt aller Aktivitäten zur kontinuierlichen Weiterentwicklung und Sicherung von Qualität im österreichischen Gesundheitswesen stehen soll.

In allen vier Interventionsfeldern der Patientensicherheitsstrategie spielen Aspekte der Gesundheitskompetenz grundsätzlich eine wesentliche Rolle: von der Etablierung einer sicherheits- und patientenorientierten Kultur auf Organisationsebene über Kommunikationstrainings für Gesundheitsberufe bis hin zu Maßnahmen des Bürger- und Patientenempowerments für die breite Öffentlichkeit.

Eine globale Handlungsempfehlung mit direktem Bezug zur Gesundheitskompetenz lautet: „Initiieren bzw. Fördern von Initiativen und Projekten zur Stärkung des Patienten-Empowerment.“ (BMASGK 2018 S. 4)

Für jedes der vier Interventionsfelder werden in der Strategie spezifische Ziele und konkrete Handlungsempfehlungen beschrieben. Für die praktische Umsetzung einiger dieser Empfehlungen können Gesundheitskompetenz-Maßnahmen einen wichtigen Beitrag leisten.

Interventionsfeld Organisationsentwicklung:

- » Aufbau sicherer, benutzerfreundlicher Systeme, Prozesse und Instrumente der Patientensicherheit mit Unterstützung von Informations- und Kommunikationstechnologien
- » Sicherstellen, dass alle Mitarbeiter:innen durch interne Informationskanäle zu Aspekten der Patientensicherheit informiert sind

Wichtige Gesundheitskompetenz-Maßnahmen als Beitrag zur Umsetzung dieser Empfehlungen gibt es vor allem im Bereich „Organisationale Gesundheitskompetenz“.

Interventionsfeld Personalentwicklung:

- » Einsatz von Simulationsübungen im Team
- » Etablieren von Prozessen und Unterstützungsmaßnahmen zur Vermeidung/Beilegung von Konfliktsituationen zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (Konfliktmanagement)

Wichtige Gesundheitskompetenz-Maßnahmen als Beitrag zur Umsetzung dieser Empfehlungen gibt es vor allem im Bereich „Gute Gesprächsqualität im Gesundheitswesen“.

Interventionsfeld Patientinnen und Patienten sowie breite Öffentlichkeit:

- » Stärken der Handlungskompetenzen und Informieren der Bürger:innen, Patientinnen und Patienten, beispielsweise durch Steigerung der Kompetenzen, die für die aktive Beteiligung an und damit für mehr Sicherheit bei der Behandlung notwendig sind, oder durch das Informieren über Risiken und getroffene Sicherheitsmaßnahmen
- » Prozesse und Strukturen in Gesundheitseinrichtungen etablieren, die die aktive Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in den Behandlungsprozess fördern
- » Prozesse und Strukturen etablieren, um Patientinnen, Patienten, Angehörigen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Möglichkeit zu geben, entdeckte Auffälligkeiten und Fehlerquellen in der Versorgung unmittelbar anzusprechen (Mut machen, Sicherheitsbedenken zu äußern – speak up)
- » rechtliche Rahmenbedingungen und Empfehlungen zur Patientensicherheit für Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeiter:innen des Gesundheitswesens transparent gestalten und allen Berufsgruppen im Gesundheitssystem zugänglich machen

Wichtige Gesundheitskompetenz-Maßnahmen als Beitrag zur Umsetzung dieser Empfehlungen gibt es vor allem in den Bereichen „Gute Gesundheitsinformationen“ und „Bürger- und Patientenempowerment“.

### **Schlussfolgerung**

In allen vier Interventionsfeldern der Patientensicherheitsstrategie spielen Aspekte der Gesundheitskompetenz eine wesentliche Rolle. Für jedes der vier Interventionsfelder werden in der Strategie spezifische Ziele und konkrete Handlungsempfehlungen beschrieben. Für die praktische Umsetzung einiger dieser Empfehlungen können Gesundheitskompetenz-Maßnahmen einen wichtigen Beitrag leisten. In der Umsetzung von Patientensicherheitsmaßnahmen spielt offensichtlich die Gesundheitskompetenz der Gesundheitsberufe, der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen eine herausragende Rolle. In der Weiterentwicklung und Umsetzung der Patientensicherheitsstrategie sollte daher eine intensive Kooperation mit der ÖPGK gesucht werden.

### **3.1.1.11 Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)**

Seit 1997 gibt es das System der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (Hagenbichler 2010). Es wurde von österreichischen Expertinnen und Experten für die Abrechnung der stationären Spitalskosten entwickelt. Das Instrumentarium des LKF-Systems nennt sich LKF-Modell und umfasst die konkreten Festlegungen der Finanzierung: zu allen leistungsorientierten Fallpauschalen (Zuordnungskriterien, Belagsdauerfestlegungen, leistungsorientierte Diagnosenfallgruppen-Punkte), zur Intensivzusatzbepunktung sowie zu sämtlichen Sonderbereichen (z. B. palliativmedizinische Einrichtungen) und Spezialfällen (z. B. tagesklinische Aufenthalte, Belagsdauerausreißer). Die rechtliche Basis sind die zwischen dem Bund und allen Bundesländern getroffene Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesund-

heitswesens, das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten und seine Ausführungsgesetze auf Landesebene (Landeskrankenanstaltengesetze) sowie die Landesgesundheitsfondsgesetze der Bundesländer.

Die Ziele der LKF sind:

- » eine höhere Kosten- und Leistungstransparenz
- » eine nachhaltige Eindämmung der Kostensteigerungsraten
- » eine Optimierung des Ressourceneinsatzes
- » eine den medizinischen Erfordernissen angepasste kürzere Belagsdauer und reduzierte Krankenhaushäufigkeit
- » eine Reduzierung unnötiger Mehrfachleistungen
- » eine Entlastung der Krankenanstalten durch medizinisch und gesamtökonomisch gerechtfertigte Verlagerungen von Leistungen in den ambulanten Bereich
- » notwendige Strukturveränderungen (u. a. Akutbettenabbau) und ein österreichweit einheitliches, einfach zu administrierendes Instrumentarium für gesundheitspolitische Planungs- und Steuerungsmaßnahmen (Hagenbichler 2010)

### **Schlussfolgerung**

Die LKF trägt unter anderem dazu bei, die Transparenz der Finanzierung des Gesundheitswesens zu erhöhen. In der Broschüre der LKF wird argumentiert, dass diese Transparenz einen Beitrag dazu leistet, dass Menschen das volle gesundheitliche Potenzial erreichen können, da Transparenz ein Grunderfordernis für Partizipation und Rechenschaftspflicht ist (Hagenbichler 2010).

Ein direkter Bezug zu Qualitätsstandards bzw. Gesundheitsförderungs- und Gesundheitskompetenzkriterien kann in den Texten zur LKF nicht gefunden werden. Allerdings ist das LKF-System als Grundlage für die Finanzierung von Krankenanstalten ein wichtiges Hintergrunddokument.

## **3.1.2 Instrumente der Qualitätssicherung**

Die wichtigsten Instrumente der Qualitätssicherung, die sich aus den bundesweiten Gesetzesmaterien und Übereinkünften der Bundeszielsteuerungspartner ergeben, sind:

1. Qualitätsberichterstattung
2. Patientenbefragung
3. A-IQI
4. kliniksuche.at
5. Qualitätsstandards gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz

### 3.1.2.1 Qualitätsberichterstattung

Die Grundlage für die heutige Qualitätsberichterstattung wurde mit § 6 des Gesundheitsqualitätsgesetzes bereits gelegt:

„[...] Vorgaben vom Bundesminister für Gesundheit haben zu erfolgen für den Aufbau einer bundeseinheitlichen, bundesländer-, berufs- und sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung [...]“ (§ 6, GQG).

Seit dem Jahr 2014 waren jährlich Berichte zu erstellen. Im Jahr 2010 wurde die Gesundheit Österreich GmbH von der Bundesgesundheitsagentur beauftragt, eine webbasierte Plattform zu entwickeln, mit der regelmäßige, aussagekräftige und verständliche Qualitätsberichterstattung ermöglicht werden soll. Seit der Novellierung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) sind die Krankenanstalten verpflichtet, in regelmäßigen Abständen an der österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen. Derzeit nutzen Akutkrankenhäuser, stationäre Rehabilitationseinrichtungen und selbstständige Ambulatorien die Datenbank der Qualitätsplattform zur regelmäßigen Qualitätsberichterstattung.

Die Plattform [www.qualitaetsplattform.at](http://www.qualitaetsplattform.at) ist eine zugangsgeschützte, nicht öffentliche Website, die für Krankenanstalten zur Dateneingabe zugänglich ist. Der Plattform liegt ein Fragebogen zugrunde, der regelmäßig von Arbeitsgruppen, die sich aus Expertinnen und Experten von Bund, Ländern, Sozialversicherung und Gesundheitseinrichtungen zusammensetzen, kontinuierlich weiterentwickelt wird.

Der Fragebogen erfasst Informationen zu verschiedenen Qualitätsthemen der Krankenanstalten (Qualitätsmodelle, Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, Beschwerdemanagement, Risikomanagement). Ein Teil der Fragen wurde auf Basis einheitlicher Mindestanforderungen an ein Qualitätsmanagement formuliert. Diese Mindestanforderungen wurden im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags festgelegt und beschreiben den inhaltlichen Aufbau von Qualitätsarbeit für Gesundheitsdienstleister:innen (B-ZK 2014).

1. Kontaktdaten
2. strategische Verankerung der Qualitätsarbeit
3. strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit
  1. Qualitätssicherungskommission
  2. einrichtungsweite Koordination von Qualitäts- und Risikomanagement-Arbeit
  3. Informationswesen
  4. Dokumentenmanagement/Datenschutz
4. Qualitätsmodelle
5. Qualitätsarbeit
  1. Prozesse
  2. OP-Organisation
  3. Bericht über die Qualitätsarbeit
  4. Patientenorientierung
  5. Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden von Patientinnen und Patienten

6. Mitarbeiterorientierung
  7. Risikomanagement / Patienten- und Mitarbeitersicherheit
  8. Krankenhaushygiene
  9. Impfstatus der Mitarbeiter:innen
  10. kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)
6. Anmerkungen (optional)

Die in dem Bericht dargestellten Daten beruhen auf den Selbstbewertungen der Akutkrankenhäuser. Im Regelfall übernimmt das qualitätsbeauftragte Personal die Dateneingabe. Nach interner Prüfung der Angaben und gegebenenfalls Prüfung durch den Krankenanstaltenträger werden die Daten zur weiteren Verwendung für die Gesundheit Österreich GmbH freigegeben. Manche Krankenanstaltenträger, die die Qualitätsarbeit zentral koordinieren, übernehmen die Dateneingabe für ihre Einrichtungen (BMSGK 2019).

Auf die eingegebenen Daten haben nur die Krankenanstalten selbst, deren Trägereinrichtungen und Vertretungen auf Landesebene Zugriff, die Ergebnisse werden in österreichweiten Berichten veröffentlicht.

**Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz:** Themen der Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz und Patientenzentrierung sind schon in vielen Teilen des Fragebogens enthalten und wurden sogar in der letzten Überarbeitung noch erweitert. Vor allem in den Bereichen „5.4 Patientenorientierung“, „5.5 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden von Patientinnen/Patienten“ und „5.6 Mitarbeiterorientierung“ sind bereits viele Aspekte der Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz vorhanden:

#### 5.4 Patientenorientierung

- » Maßnahmen zur Unterstützung der Gesundheitskompetenz
- » Maßnahmen zur Verbesserung der Gesprächsqualität
- » Werden Patientinnen und Patienten auf ihre Rechte und Pflichten aufmerksam gemacht?
- » Schulungen zum Thema Patientenrechte für Mitarbeiter:innen
- » Patientenbefragungen (und Ableitung von Maßnahmen daraus)
- » barrierefreier Zugang zur Einrichtung
- » Informationen über die Erreichbarkeit und bauliche Barrierefreiheit verfügbar
- » Schulungen der Mitarbeiter:innen zur patientenzentrierten Gesprächsführung
- » Berücksichtigung der Qualitätskriterien einer „Guten Gesundheitsinformation“
- » Maßnahmen zur Einbindung von Selbsthilfegruppen
- » Aus- und Fortbildungen zu Risikokommunikation (Gesprächen) mit Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen

#### 5.5 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden von Patientinnen und Patienten

- » strukturiertes Beschwerde-/Feedbackmanagement (und: Wie werden Vorschläge und Beschwerden erhoben, bekommen Patientinnen bzw. Patienten Rückmeldung auf ihre Vorschläge/Beschwerden, werden Maßnahmen daraus abgeleitet?)

## 5.6 Mitarbeiterorientierung

- » regelmäßige Mitarbeiterbefragungen (mit wem und wie, in welchen Intervallen, Ableitung von Maßnahmen daraus)
- » strukturierte Mitarbeitergespräche (mit wem, in welchen Intervallen)
- » Personalentwicklungskonzept
- » Qualifizierungsbedarf und -wünsche der Mitarbeiter:innen
- » Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. betriebliches Gesundheitsmanagement
- » Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiter:innen

### Schlussfolgerung

Vor allem die wichtigsten Aspekte der Gesundheitskompetenz – Gute Gesundheitsinformation, gute Gesprächsführung, Barrierefreiheit, Navigation, Patientenrechte –, aber auch jene der Gesundheitsförderung sind in dem Fragebogen für die Selbstbewertung bereits enthalten. Allerdings ist unklar, inwieweit diese Daten z. B. für eine kontinuierliche Verbesserung weiterverwendet werden. Auf [kliniksuche.at](http://kliniksuche.at) wird beispielsweise angezeigt, ob das Attribut „Patientenorientierung“ erfüllt / teilweise erfüllt / nicht erfüllt ist. Dabei fließt die „Unterstützung der Gesundheitskompetenz“ als wichtiger Indikator ein, die genaue Berechnung ist jedoch intransparent.

## 3.1.2.2 Patientenbefragung

Mit dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013 wurde die Erhebung der Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem beschlossen. Die regelmäßige Durchführung von sektorenübergreifenden Befragungen zur Patientenzufriedenheit mit den Leistungen im Gesundheitswesen wurde weiters in Art. 8 Abs. 5 Z 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens verankert und im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 angeführt.

In Kooperation mit Vertreterinnen und Vertretern von Bund, Ländern und Sozialversicherung entwickelte die GÖG eine Befragung, um die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten zu erheben. Die erste Befragung fand zwischen Mai und Juli 2015 statt (Leuprecht et al. 2016), 2022 fand die zweite Befragung statt. Die Befragung 2022 deckt sich inhaltlich mit der Befragung aus dem Jahr 2015.

Der Fokus der Befragung liegt auf den Erfahrungen der Patientinnen und Patienten mit den Abläufen zwischen den ambulanten und stationären Versorgungsbereichen, d. h. im Übergang von einem Bereich in den anderen. Der Fragebogen enthält verschiedene Fragen zu:

1. Patientenzufriedenheit
  - a. Zufriedenheit mit der Prozessqualität im Krankenhaus, wie z. B. Zufriedenheit mit Information und Aufklärung, medizinischer Behandlung, Wartezeiten
  - b. Zufriedenheit mit Prozessqualität im ambulanten Bereich
2. Behandlungsergebnis, d. h., inwiefern sich der Gesundheitszustand durch die Behandlung/Betreuung verbesserte

3. Bedürfnissen und Wünschen der Patientinnen und Patienten, wie zeitlicher Erreichbarkeit und elektronischen Befunden
4. Kooperation und Information aus Patientensicht
  - a. Übergang ambulant – stationär
  - b. Übergang stationär – ambulant
  - c. sektorenübergreifende medizinische Behandlung
  - d. patientenorientierte Information, Transparenz und Kommunikation in den verschiedenen Versorgungsbereichen – Information und Aufklärung, Patienteninformation hinsichtlich einzunehmender Medikamente (Leuprecht et al. 2016)

### Schlussfolgerung

Patientenbefragungen sind ein sehr wichtiges Tool, um die Qualität von Prozessen im Krankenhaus überprüfen zu können. Aus den Ergebnissen können Maßnahmen abgeleitet werden, die zu einer kontinuierlichen Optimierung des gesamten Versorgungsprozesses führen und damit dazu beitragen, die Qualität des österreichischen Gesundheitswesens weiter zu steigern.

Vor allem der Fragebereich zu patientenorientierter Information, Transparenz und Kommunikation in den verschiedenen Versorgungsbereichen sowie die Fragen zur Patientenzufriedenheit mit Information und Aufklärung zeigen Ansatzpunkte dafür, die Stärkung von Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten zu erheben. Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung sind hingegen nicht zu identifizieren.

### 3.1.2.3 A-IQI

Das System A-IQI – Austrian Inpatient Quality Indicators (BMSGPK 2022a) – ist ein bundesweit einheitliches System der Ergebnisqualitätsmessung in Krankenanstalten aus Routinedaten. Es basiert auf einem Beschluss der Gesundheitskommission 2011 und nutzt Indikatoren zur Ermittlung von Auffälligkeiten und das Peer-Review-Verfahren zur Identifikation von Optimierungspotenzial. Durch A-IQI können Schwachstellen in der gesamten Behandlung (Strukturen, Prozesse, medizinische Themen) identifiziert werden. Die IQI werden in Österreich, Deutschland und der Schweiz angewandt. Dies ermöglicht einen Drei-Länder-Vergleich der Ergebnisse.<sup>3</sup>

Die Qualitätsindikatoren werden anhand von Krankheitsbildern oder Operationen gebildet. Sie beinhalten ein breites Spektrum von häufigen Standardbehandlungen bis zu hochkomplexen Eingriffen und Krankheitsbildern. Datengrundlage für die Berechnungen der A-IQI-Indikatoren ist die Routedokumentation der Krankenhäuser (Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung).

---

3

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaets-sicherung/Ergebnisqualitaetsmessung.html> [zuletzt besucht am 19. 9. 2022]

Die Eckpunkte der A-IQI sind:

- » Peer-Review-Team besteht aus drei bis fünf Peers aus unterschiedlichen Fachrichtungen.
- » Jährlich werden auffällige Einzelfälle ausgewählt, mit den Primarärztinnen und Primärärzten vor Ort diskutiert und anhand von definierten Kriterien bewertet.
- » gemeinsame Festlegung von Verbesserungsmaßnahmen vor Ort in der Einrichtung
- » jährliche Peer-Review-Follow-ups gemeinsam mit allen Entscheidungsträgerinnen und -trägern, Betroffenen und wissenschaftlichen Gesellschaften
- » Bundesweite Verbesserungsmaßnahmen werden festgelegt.

Die Veröffentlichung von Qualitätsdaten erfolgt auf zwei Ebenen: jährliche Veröffentlichung eines A-IQI-Berichts und auf <https://kliniksuche.at>.

Diese sieben Indikatorentypen werden gemessen:

- » Todesfälle: z. B. Schenkelhalsfrakturen, Anteil Todesfälle
- » Intensivhäufigkeit: z. B. Appendektomien, Anteil Intensivaufenthalte  $\geq 2$  Nächte
- » Komplikationen: z. B. Hüftendoprothesen-Erstimplantation, Anteil abnorme Verläufe
- » Mengen insgesamt, Mindestmengen: z. B. Schrittmacherversorgung insgesamt
- » Operationstechnik: z. B. Hysterektomien, Anteil laparoskopische Operationen
- » Versorgungsprozess: z. B. hüftgelenknahe Fraktur, Anteil präoperativer Verweildauer  $\geq 2$  Tage
- » Zusatzinformationen: z. B. Anteil der Fälle in den A-IQI-Indikatoren.

### Schlussfolgerung

Es gibt im A-IQI-System anhand des A-IQI-Jahresberichts 2021 (BMSGPK 2022a) keine Bezüge zu Gesundheitsförderung oder Gesundheitskompetenz.

Man könnte argumentieren, dass einige Faktoren der Gesundheitskompetenz durchaus relevant für die klinischen Outcomes und die Ergebnisqualität sein können, vor allem im Bereich Arzt-Patienten-Kommunikation und Patientenrechte (Aufklärungsinformation, Selbstbestimmung).

Ein Ansatzpunkt könnte grundsätzlich das Analysekriterium „Verbesserungsmöglichkeit in Therapie/Diagnostik erkennbar“ darstellen, da dabei Kriterien der Guten Gesprächsqualität zusätzlich berücksichtigt werden.

Insgesamt scheinen im A-IQI-System derzeit die Themen Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz nicht sinnvoll mitberücksichtigt zu sein. Eine Integration dieser Bereiche ins A-IQI-System würde eine generelle Reorientierung dieses Instruments und die Generierung von adäquaten Daten erfordern.



### 3.1.2.4 kliniksuche.at

kliniksuche.at<sup>4</sup> ist ein Service des BMSGPK und dient zur Unterstützung der Bevölkerung hinsichtlich Orientierung und Wahl des passenden Krankenhauses (Empowerment). Es ist ein Projekt der Gesundheitsreform 2013 aus dem Bereich Qualität und Patientensicherheit (Release 6. April 2016) und organisatorisch in das A-IQI-System eingebettet.

Nutzer:innen können anhand eines Filtersystems (Körperbereich, Leistungsbereich/Diagnosen und Wohnort/Umkreis) passende Krankenanstalten suchen.

Bei den Suchergebnissen können die Nutzer:innen einsehen, welche „Allgemeinen Kriterien“ eine spezifische Krankenanstalt erfüllt. Neben den Kriterien „Patientenorientierung“ und „Patientensicherheit“ könnten auch Kriterien der Gesundheitsförderung („Gesundheitsfördernde Krankenanstalt“) und der Gesundheitskompetenz („Gesundheitskompetente Organisation“, „Gute Gesprächsqualität“, „Gute Gesundheitsinformation“ und „Patientenempowerment“) dargestellt werden.

Abbildung 1 Ansicht kliniksuche.at (Quelle: <https://kliniksuche.at>)



In der Kategorie „Allgemeine Kriterien“ werden wichtige Qualitätsthemen abgebildet. Sieben Einzelkriterien sind dargestellt. Datenquelle ist die Qualitätsberichterstattung, kurz QBE, der Gesundheit Österreich GmbH:

- » Patientenorientierung
- » Beschwerde-/Feedbackmanagement
- » Patientensicherheit/Risikomanagement

4

<https://kliniksuche.at/> [zuletzt besucht am 19. 12. 2022]

- » Entlassungsmanagement
- » Sicherheit im OP
- » Krankenhaushygiene
- » Mindestanforderung an Qualitätsmanagement

Jedes Einzelkriterium wird bewertet: nicht erfüllt / teilweise erfüllt / erfüllt.

### Schlussfolgerung

Die Ergänzung der „Allgemeinen Kriterien“ um Kriterien der Gesundheitsförderung (z. B. „Gesundheitsfördernde Krankenanstalt“ oder „baby-friendly“) und der Gesundheitskompetenz („Gesundheitskompetente Organisation“, „Gute Gesprächsqualität“, „Gute Gesundheitsinformation“ und „Patientenempowerment“) wäre im Sinne von Qualitätstransparenz und Empowerment der Bevölkerung sehr sinnvoll und sollte weiterverfolgt werden. Die Veröffentlichung wäre auch ein Anreiz für die Träger und Einrichtungen, diese Kriterien bestmöglich zu erfüllen.

## 3.1.2.5 Qualitätsstandards gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz

Im Unterschied zu den oben angeführten Instrumenten wurden die Qualitätsstandards bereits im Gesundheitsqualitätsgesetz wie folgt definiert (GQG § 2): „Beschreibbare Regelmäßigkeiten bzw. Vorgaben hinsichtlich Ausstattung, Verfahren oder Verhalten“. Qualitätsstandards haben grundsätzlich den intra- und extramuralen Bereich im Blickfeld, werden durch die Bundeszielsteuerungspartner erarbeitet, von der Bundes-Zielsteuerungskommission abgenommen und enthalten so „Mindeststandards“ für bestimmte Behandlungen/Themen basierend auf evidenzbasierten bestehenden Richtlinien. Einen rechtlich bindenden Charakter haben Qualitätsstandards nicht. Dies kann durch Umsetzung als Bundesqualitätsleitlinien und -richtlinien (Verordnung) bzw. andere vertragliche Konstrukte erreicht werden. Aus verschiedenen Gründen ist dies bei den bestehenden Qualitätsstandards bisher nicht geschehen und so haben sie v. a. empfehlenden Charakter. Bei der Erstellung von Qualitätsstandards ist lt. § 4 des GQG auf Folgendes zu achten: 1) Bundeseinheitlichkeit, 2) Bedachtnahme auf sektoren- und berufsübergreifende Vorgehensweise, 3) Patientenorientierung, 4) Grundprinzipien der Gesundheitsförderung, 5) Transparenz, 6) Stand der Wissenschaft und der Erfahrungen bezüglich der Effektivität und Effizienz.

Hier gibt es eine konkrete Referenz zu den Grundprinzipien der Gesundheitsförderung und der Patientenzentrierung. In der praktischen Arbeit an Qualitätsstandards kommen diese Prinzipien leider oft zu kurz, wie bestehende Qualitätsstandards oft zeigen (Interview BMG 22. 9. 2022).

Folgende Qualitätsstandards wurden bisher veröffentlicht:

- » Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement BQLL-AUFEM
- » Bundesqualitätsleitlinie zur integrierten Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten für die präoperative Diagnostik bei elektiven Eingriffen
- » Klinischer Pfad: Behandlung hüftnaher Frakturen bei zuvor oral antikoagulierten Patientinnen und Patienten

- » Leitlinie Kreuzschmerz 2018
- » QS Krankenhaushygiene – Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaus-Hygiene
- » Qualitätsstandard Integrierte Versorgung Schlaganfall
- » Qualitätsstandard Patient Blood Management
- » Qualitätsstandard Unspezifischer Rückenschmerz

Neben den Qualitätsstandards, die v. a. für Gesundheitsdiensteanbieter und -institutionen gedacht sind, gibt es zu diesen Themen auch konkrete Patienteninformationen, die die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung hinsichtlich dieser Themen stärken sollen und ihnen das entsprechende Wissen vermitteln können. Einige dieser Patienteninformationen liegen auch in einfacher Sprache vor.<sup>5</sup>

### Schlussfolgerung

Qualitätsstandards sind derzeit rechtlich nicht verbindlich, es hängt vom Krankenanstaltenträger ab, ob diese umgesetzt/angewendet werden. Es wäre zu überlegen, wie die bereits im Gesundheitsqualitätsgesetz vorhandene Referenz zu Gesundheitsförderung und -kompetenz noch besser in der Praxis umgesetzt werden kann. Allerdings ist der Prozess der Erstellung und Aktualisierung von Qualitätsstandards derzeit sehr zeitintensiv. Dieser Prozess müsste vermutlich zuerst verbessert werden, um eine stärkere Integration von Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderungsaspekten zu ermöglichen.

## 3.2 Regionale Ebene

Auf der regionalen Ebene sind zwei Qualitätsstrukturen besonders relevant:

- » Regionale Strukturpläne Gesundheit
- » Sanitäre Aufsicht in Kranken- und Kuranstalten

### 3.2.1 Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG)

Die Regionalen Strukturpläne Gesundheit orientieren sich am Österreichischen Strukturplan Gesundheit. Die Inhalte (Anpassungen, Wartungen und Weiterentwicklungen) werden zwischen dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit auf Landesebene für fünf Jahre abgestimmt.

---

5

siehe z. B. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaets-sicherung/Qualitaetsstandards/Qualitaetsstandard-Unspezifischer-Rueckenschmerz.html> [abgerufen am 19. 12. 2022]

Die regionalen Strukturpläne beinhalten Informationen und Daten zu ambulanter Versorgung (Primärversorgung und ambulante fachärztliche Versorgung) sowie zu akut-stationärer Versorgung. Gesundheitsförderung (und Prävention) wird maximal als Aufgabe der Primärversorgung erwähnt, Themen der Gesundheitskompetenz (z. B. Patientensicherheit, Patienteninformation u. a.) konnten nicht gefunden werden.

### **Schlussfolgerung**

Regionale Strukturpläne Gesundheit sind ein Planungsinstrument, das für Monitoringzwecke genutzt werden kann. Indikatoren für Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz sind momentan gar nicht vorhanden und sollten jedenfalls berücksichtigt werden.

## **3.2.2 Sanitäre Aufsicht in Kranken- und Kuranstalten**

Die sanitäre Aufsicht in Kranken- und Kuranstalten wird von den Bezirksverwaltungsbehörden, unter Einbezug von Amtsärztinnen und Amtsärzten als amtliche Sachverständige, durchgeführt (BMSGPK 2022c).

Sie dient der laufenden Qualitätskontrolle mit dem Ziel der Optimierung der Patientensicherheit. Grundlagen dafür sind im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz festgelegt: Sie umfassen die Überprüfung von Krankenanstalten, selbstständigen Ambulatorien und Kuranstalten in allen Bereichen, die Auswirkungen auf die Betreuung der Patientinnen und Patienten haben können. Einer umfassenden Überwachung unterliegen: personelle Ausstattung, Bereiche wie beispielsweise die Krankenhaushygiene, Qualitätssicherung, Dokumentation, Pflege und die Rechte der Patientinnen und Patienten.

Als Kernaufgaben der sanitären Aufsicht wurden in den Arbeitsgruppensitzungen folgende Bereiche identifiziert:

- » Medizin und Hygiene
- » Pflege und Therapie
- » Bautechnik und betrieblicher Brandschutz
- » Sicherheitstechnik
- » Bädertechnik

Es ist gesetzlich nicht geregelt, wie häufig die sanitäre Aufsicht durchgeführt werden muss – dies soll von der Art der Anstalt und deren Größe abhängig sein und ist nach medizinischer Notwendigkeit im Einzelfall zu beurteilen.

### **Schlussfolgerung**

Der Fokus der sanitären Aufsicht liegt auf der *Patientensicherheit* und beinhaltet auch die Überprüfung von Patientenrechten. Insofern gibt es hier wesentliche Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz, die allerdings regional unterschiedlich realisiert sind.

## 4 Empfehlungen für die Umsetzung

Der vorliegende Bericht bietet einen Überblick über die relevanten Dokumente, die sich in Österreich mit dem Thema Qualität in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen befassen bzw. Vorgaben dafür liefern. Sie sind gegliedert nach bundesweiten Dokumenten – Gesetzestexte, Strategien und Bundeszielsteuerungsübereinkommen sowie bundesweite Instrumente der Qualitätssicherung – und regionalen Strukturen/Dokumenten. Ausgeklammert wurden für diesen Bericht die weiteren Ebenen der internationalen Strategien und der lokalen Qualitätsmanagementsysteme.

Insgesamt konnte in den Dokumenten bereits viel zu den Themen Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz gefunden werden. Wenn auch die Begriffe nicht immer genannt werden, sind vor allem die Themen Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit, Patientenorientierung und Kommunikation häufig zu finden und bieten somit wichtige Grundlagen und potenzielle Ansatzpunkte für weitere Schritte.

Bundesweite Gesetzestexte, Strategien und Bundeszielsteuerungsübereinkommen bieten eine wichtige Basis, um mehr Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in Krankenanstalten zu ermöglichen. Diese Themen hier noch stärker zu verankern, ist deshalb Priorität, jedoch sind diese Dokumente deutlich schwieriger und langwieriger zu ändern. Um hier Änderungen zu bewirken, müsste das BMSPGK aktiv werden und sich um Adaptierungen, Erweiterungen und Reorientierung bemühen. Bundesweite Instrumente der Qualitätssicherung, wie z. B. die Qualitätsberichterstattung, Patientenbefragung oder A-IQI, erscheinen hingegen leichter zu verändern und somit – besonders kurz- und mittelfristig – Erfolg versprechender. Hier konnten einige Ansatzpunkte und Zugänge gefunden werden, die näher erläutert werden sollen. Auf dieser Ebene ist denkbar, dass die GÖG im Auftrag von und gemeinsam mit dem BMSPGK Änderungen erwirken kann. Entwicklungen regionaler Strukturen und Instrumente sind demgegenüber auf Bundesebene nicht als prioritär zu sehen, da sie zu keiner einheitlichen Lösung beitragen können.

### Empfehlungen für Gesetzestexte und Bundeszielsteuerungsübereinkommen

- » Alle derzeit geplanten Bestrebungen, Qualität im Gesundheitswesen neu auszurichten und strategisch zu verankern, sollen Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz integrieren. Bei allen Novellierungen und Überarbeitungen von Texten/Dokumenten wäre wichtig, dass Qualität und Gesundheitsförderung/Gesundheitskompetenz konsequent zusammen gedacht werden. Es wird dafür empfohlen, einen regelmäßigen Austausch der relevanten Stakeholder/Abteilungen innerhalb des Bundesministeriums für Gesundheit zu etablieren, bei dem Vertreter:innen von Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz (besonders: Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz ÖPGK und Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen ONGKG) und Qualität anwesend sind. Dieser Austausch sollte idealerweise direkt vom BMSPGK anvisiert werden.
- » Die **Gesundheitsförderungsstrategie** wird derzeit überarbeitet. Deshalb wäre wichtig, das Gespräch zu suchen, damit die Integration von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in Gesundheitseinrichtungen hier einen wesentlichen Platz einnimmt. BMSPGK und Vertreter:innen der GÖG können hier Ergänzungen bewirken.

- » Die anstehenden Verhandlungen zu den **Art. 15a-Vereinbarungen** zu Organisation und Finanzierung im Gesundheitswesen sollten dringend dafür genutzt werden, die Verbindung zwischen Finanzierung, Qualität im Gesundheitswesen und Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz weiter auszubauen. Mit Expertinnen und Experten der GÖG sollten hier Kooperationen gesucht werden, um relevante Punkte in diesen Bereichen adaptieren zu können.
- » Die **Qualitätsstrategie** wurde im Rahmen von Überarbeitungen um Referenzen und Inhalte zur Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz erweitert, wodurch Patientenzentrierung, -information und Gesundheitsförderung immer mehr Bedeutung erhalten haben. Diese Aspekte sollten weiter verstärkt werden und über die weiteren Versionen soll darauf geachtet werden, dass dies auch zukünftig der Fall sein wird. Hier ist vor allem das BMSPGK in der aktiven Rolle zu sehen.
- » Die **Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung** (LKF) ist im Hinblick auf den Finanzierungsaspekt bezüglich der konkreten Leistungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in Krankenanstalten zu erweitern.

### Empfehlungen für Instrumente der Qualitätssicherung

- » Die **Qualitätsberichterstattung** ist wohl das am besten ausgebaute Instrument bezüglich der Verknüpfung von Qualität mit Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz. Hier hat es bereits einige Vorarbeit vom Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) gegeben, wodurch viele Indikatoren der Gesundheitskompetenz bereits enthalten sind. Weitere Indikatoren der Gesundheitsförderung könnten noch ergänzt werden. Besonders interessant ist die Qualitätsberichterstattung, weil die Ergebnisse auf [kliniksuche.at](http://kliniksuche.at) veröffentlicht werden. Ein GÖG-interner Austausch könnte hier Änderungsvorschläge erbringen.
- » Die **kliniksuche.at** ist als möglicher Ansatzpunkt vielversprechend, um die Verbindung zwischen Qualitätssicherung, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz voranzutreiben. Es könnten noch mehr Indikatoren der Qualitätsberichterstattung auf [kliniksuche.at](http://kliniksuche.at) veröffentlicht werden. So könnte einerseits die Transparenz für die Bevölkerung verbessert und andererseits die Verpflichtung für Krankenanstalten ausgeweitet werden, in den Bereichen Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz tätig zu werden. Konkrete Empfehlungen zur Umsetzung der Darstellung:
  - » Die „Allgemeinen Kriterien“ sind in der Suchergebnisliste nicht direkt sichtbar, sondern müssen erst aufgeklappt werden, eine prominenter Platzierung wird empfohlen.
  - » Die Kriterien sollten auch auf der Detailseite der Krankenanstalt angeführt werden. Um bei [kliniksuche.at](http://kliniksuche.at) Änderungen zu bewirken, müsste das BMSPGK aktiv werden.
- » Die **Qualitätsstandards** bieten einen sehr guten Rahmen für die Verstärkung von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz. Allerdings ist hier die Einschränkung festzuhalten, dass sie in der Praxis nicht die rechtliche Verbindlichkeit haben, die sie benötigen würden, und die Einhaltung bzw. Datenerhaltung nicht vollständig gegeben ist. Um rechtliche Verbindlichkeit zu bewirken, müsste das BMSPGK gesetzliche Änderungen bewirken.
- » Das **A-IQI**-System scheint nicht prioritär dafür geeignet, die Themen Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz zu behandeln, da es auf medizinische Analysen der Versorgung

fokussiert. Nur das Analysekriterium „Verbesserungsmöglichkeit in Therapie/Diagnostik erkennbar“ könnte ein Ansatzpunkt sein, da dabei Kriterien der guten Gesprächsqualität und der guten Gesundheitsinformation zusätzlich berücksichtigt werden. Insbesondere die Weiterentwicklung der Datenstruktur für Gesundheitsförderung und -kompetenz wird hier eine besondere Herausforderung. Das BMSGPK könnte hier mit Unterstützung von Expertinnen und Experten der GÖG Vorschläge machen.

- » Die **Patientenbefragung** ist ein sehr wichtiges Tool, das um Fragen nach Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz ergänzt werden könnte. Da die Umsetzung an der GÖG angesiedelt ist, könnten hier GÖG-interne Gespräche eventuell Änderungen erzielen.

### **Empfehlungen auf regionaler Ebene**

- » Es gibt einige Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz im Rahmen der **sanitären Aufsicht**. Es ist allerdings anzunehmen, dass die sanitäre Aufsicht eher individuell je nach Region und Bundesland erfolgt und es daher schwierig sein könnte, bundesweite Fragestellungen einzubringen. Anknüpfungspunkt wären die Arbeitsgruppen, die die Kernaufgaben identifiziert haben (sofern diese noch existieren).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass neben einer guten Verankerung von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in Qualitätsaspekten für Krankenhäuser in den Art. 15a-Vereinbarungen die besten und kurzfristig wirksamsten Anknüpfungspunkte für Themen der Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in der Qualitätssicherung die Qualitätsberichterstattung und die kliniksuche.at sind. Vor allem Letzteres hat noch viel Potenzial für einen weiteren Ausbau, auch im Sinne der Transparenz für die Bevölkerung.

# Literatur

15a-Vereinbarung (2017): Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 97/2017 (GP XXV RV 1339 AB 1371 S. 157. BR: AB 9702 S. 863.), Fassung vom 17. Juli 2017

Ärztegesetz 1984 – ÄrzteG 1984: Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1984 – ÄrzteG), BGBl. I Nr. 169/1998 in der geltenden Fassung

Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998: Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998, in der geltenden Fassung

B-ZK (2014): Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages. Qualitätsarbeit im stationären und ambulanten/niedergelassenen Bereich. Im Auftrag der Bundes-Zielsteuerungskommission Version 3.5. Gesundheit Österreich GmbH, Bundesministerium für Gesundheit, Wien

B-ZV (2013): Bundes-Zielsteuerungsvertrag Zielsteuerung-Gesundheit

Bauer, M.; Bach, A. (1999): Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Schwerpunkt Anästhesiologie. In: Anästhesiologie & Intensivmedizin 9/40:627–637

BGK (2010): Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen. Gesundheit Österreich im Auftrag der Bundesgesundheitskommission Wien

BMASGK (2018): Patientensicherheitsstrategie 2.0. Eine österreichweite Rahmenvorgabe. Beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission im November 2018. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien

BMASGK (2019): Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern. Beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission im Juni 2019. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien

BMGF (2016): Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. Beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission am 21. März 2014, aktualisiert und wieder beschlossen am 7. Dezember 2016. Bundesministerium für Gesundheit (BMGF), Wien

BMGF (2017): Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen Version 2.0. Aktualisierung der Qualitätsstrategie. Beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission im Juni 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien. Unveröffentlicht

BMSGPK (2021): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017 inklusive der bis 1.



- Oktober 2021 beschlossenen Anpassungen. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- BMSGPK (2022a): Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI). Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMSGPK (2022b): Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen Version 2.1. Aktualisierung der Qualitätsstrategie. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- BMSGPK (2022c): Sanitäre Aufsicht in Kranken- und Kuranstalten. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- BMSGPK (2022d): Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene. Zielsteuerung-Gesundheit. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- Dietscher, Christina; Lorenc, Jakob; Pelikan, Jürgen (2015a): Toolbox 2015 zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen (WKGKKO). Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR), Wien
- Dietscher, Christina; Lorenc, Jakob; Pelikan, Jürgen M. (2015b): Pilottestung zum „Selbstbewertungsinstrument für die organisationale Gesundheitskompetenz von Krankenhäusern“ gemäß dem Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen. Ludwig Boltzmann Institut Forschungsbericht, Wien
- Donabedian, Avedis (1980): The definition of quality and approaches to its assessment Exploration in quality assessment and monitoring. Bd. 1. Health Administration Press, Chicago
- QQG: Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz), BGBl. I Nr. 179/2004, in der geltenden Fassung
- Groene, Oliver (Hg.) (2006): Einführung von Gesundheitsförderung in Krankenhäusern: Handbuch und Selbstbewertungs-Formulare. DNGfK e.V., Barcelona
- GuKG-Novelle 2016: Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Berufsreifepflichtgesetz und das Ärztegesetz 1998 geändert werden, BGBl. I Nr. 75/2016 (NR: GP XXV RV 1194 AB 1240 S. 138. BR: 9615 AB 9636 S. 856.)
- GuKG: Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG), BGBl I Nr 108/1997 in der geltenden Fassung
- Hagenbichler, Edgar; Olensky, Erwin (2010): Das österreichische LKF-System. Bundesministerium für Gesundheit

- International Network of Health Promotion Hospitals and Health Services (2020): 2020 Standards for Health Promoting Hospitals and Health Services. The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services 2020, Hamburg
- KAKuG: Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. I Nr. 69/2011, in der geltenden Fassung
- Lawson, Peter J.; Flocke, Susan A. (2009): Teachable moments for health behavior change: a concept analysis. In: Patient education and counseling 76/1:25–30
- Leuprecht, Eva; Lerchner, Martina; Neubauer, Sonja; Kern, Reinhard (2016): Sektorenübergreifende Patientenbefragung. Ergebnisse 2015. Beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- ÖPGK (2020): Selbsteinschätzungsinstrument für Gesundheitskompetenz in Gesundheitseinrichtungen. Version 2.0. Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK), Wien
- Parker, R. M. (2009): Measuring Health Literacy: What? So what? Now what? In: Measures of health literacy. Hg. v. Hernandez, Lyla M. Institute of Medicine of the National Academies, Washington, D.CS. 91–98
- Pasche, Stefan; Schrappe, Matthias (2004): Qualitätsmanagement: Begriffe und Konzept. In: Medizinische Klinik 96/8:497–502
- Sørensen, K.; Van den Broucke, S.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z.; Brand, H.; Consortium Health Literacy Project, European (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: BMC public health 12/80:<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/1412/1480>
- WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. Promotion, International Conference on Health, Ottawa