

Patientensicherheit

Jahresbericht 2021



Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
Stubenring 1, 1010 Wien

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Autorinnen und Autoren: Gesundheit Österreich GmbH: Wolfgang Geißler, Margarita Amon, Sarah Burgmann, Brigitte Domittner, Sandra Ecker, Edith Flaschberger, Sylvia Gaiswinkler, Alexander Gollmer, Alexander Grabenhofer-Eggerth, Robert Griebler, Anton Hlava, Peter Nowak, Michaela Pichler, Daniela Rojatz, Marlene Sator, Angelika Schlacher, Sophie Sagerschnig, Christoph Schmotzer, Patrizia Theurer, Andrea Unden, Marion Weigl, Roman Winkler, Assistenz: Karin Grabner

Copyright Titelbild: © istockphoto.com/YinYang

Druck: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien, 2022

Alle Rechte vorbehalten:

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronischen Medien wie z. B. Internet oder CD-ROM.

Im Falle von Zitierungen (im Zuge wissenschaftlicher Arbeiten) ist als Quellenangabe anzugeben: „BMSGPK (Hg.) (2022): Patientensicherheit. Jahresbericht 2021. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien“

Bestellinfos: Diese und weitere Publikationen sind kostenlos über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter www.sozialministerium.at/broschuerenservice sowie unter der Telefonnummer 01 711 00-86 25 25 zu beziehen.

Vorwort



Johannes Rauch

© BMSGPK / Marcel Kulhanek

Sehr geehrte Bürger:innen!

In diesem Jahresbericht 2021 finden Sie einen Überblick über die Aktivitäten zur Sicherheit der Patientinnen und Patienten auf Bundesebene. Im zweiten Jahr der Pandemie ist neben der angelaufenen Impfkampagne auch vermehrt das Thema Long COVID in den Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit gerückt. Positiv zu sehen ist, dass trotz steigender Infektionszahlen im Jahr 2021 die Überlastung des akutstationären Bereichs abgewandt werden konnte. Die Impfkampagne hat einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet, schwerwiegende Verläufe bei erkrankten Personen zu verhindern, das war ein wichtiger Erfolg aus Sicht der Patientensicherheit.

Abseits des dominierenden gesundheitspolitischen Themas COVID-19-Pandemie wurden Arbeiten fortgeführt, die generell die Sicherheit der Patientinnen und Patienten sowie der Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen zum Ziel haben. Der Ausbau der Primärversorgung – um hier ein Thema herauszugreifen – ist ein wesentlicher Schritt, um die Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten im niedergelassenen Bereich zu verbessern. Dass ein intensiviertes Angebot die Patientensicherheit verbessern kann, zeigt auch die aktuelle Evaluation des Brustkrebsfrüherkennungsprogramms. Das frühzeitige Erkennen von Karzinomen trägt wesentlich dazu bei, die Sterblichkeit zu verringern und die Lebensqualität betroffener Frauen zu verbessern. Wichtige Aspekte der Patientensicherheit sind die Stärkung von Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung und die Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Hierzu gab es in den letzten Jahren – und insbesondere auch 2021 – Fortschritte und Projekte.

Im letzten Kapitel des Berichts sind wie jedes Jahr internationale Entwicklungen und Initiativen mit dem Fokus auf die Sicherheit im Gesundheitswesen angeführt. Der globale Aktionsplan für Patientensicherheit 2021 bis 2030 der WHO gibt eine detaillierte Orientierung dahingehend, mit welchen Maßnahmen Patientensicherheit bestmöglich erreicht werden kann. Dieser Plan unterstützt unsere Arbeit, Patientensicherheit in den nächsten Jahren noch stärker zu verankern.

Johannes Rauch
Bundesminister

Kurzfassung

Hintergrund

Ein wesentlicher Eckpfeiler der aktuellen Gesundheitsreform ist die Forderung, dass die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt allen Handelns stehen sollen. Vorgaben dafür finden sich in der österreichischen Qualitätsstrategie und der darauf basierenden Patientensicherheitsstrategie. Zahlreiche im Rahmen der Gesundheitsreform Zielsteuerung-Gesundheit in Auftrag gegebene Projekte und Initiativen haben einen direkten Bezug zur Patientensicherheit. Im Zielsteuerungsvertrag für die Jahre 2017 bis 2021, der zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung abgeschlossen und späterhin pandemiebedingt um zwei Jahre verlängert wurde, verankerten die Systempartner die Bereitschaft, das öffentliche solidarische Gesundheitssystem weiterzuentwickeln und auf die Herausforderungen der kommenden Jahrzehnte vorzubereiten.

Im Jahr 2014 wurde der Startschuss für die Berichtsreihe zur Patientensicherheit gegeben, um auf kompakte und übersichtliche Weise über bundesweite Aktivitäten in diesem Bereich zu informieren. Der vorliegende Jahresbericht fasst die diesbezüglich wichtigsten Arbeiten im Jahr 2021 zusammen.

Methode

Die themenspezifischen Einzelbeiträge des Jahresberichts zeigen den Arbeitsfortschritt der jeweiligen Projekte und wurden in Abstimmung mit den jeweiligen Projektverantwortlichen verfasst.

Ergebnisse 2021

Im Jahr 2021 wurde im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ein **Long-COVID-Grundlagenpapier** erstellt, das neben Informationen zum Krankheitsbild und zur Epidemiologie Empfehlungen für die Versorgung Betroffener (von der Primärversorgung bis zur Rehabilitation) enthält.

Im Rahmen des vom BMSGPK in Auftrag gegebenen **Projekts „Monitoring psychosoziale Gesundheit“** wurde ein Konzept zur Monitierung der psychischen Gesundheit der österreichischen Bevölkerung erarbeitet.

Der Ausbau **multiprofessioneller Primärversorgungseinheiten (PVE)** in Österreich machte auch im Jahr 2021 Fortschritte. Insgesamt wurden sechs PVE gegründet, die durch Charakteristika wie die Versorgung in einem multiprofessionellen Team, einen an Gesundheit orientierten Versorgungsansatz und erweiterte Öffnungszeiten an den Tagesrandzeiten positiv zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beitragen. Zusätzlich wurde die nachhaltige Etablierung der PVE in Österreich durch zwei Projekte unterstützt („Attraktivierung und Förderung der Primärversorgung“ sowie „Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitskompetenz in der Primärversorgung“).

Im Bereich **Krankenhaushygiene und antimikrobielle Resistenzen** wurden im Jahr 2021 die Arbeiten zum Nationalen Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz (NAP-AMR), zum Nationalen Aktionsplan Sepsis und zu „PROHYG 3.0 – Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene“ weitergeführt.

Als großer Meilenstein konnte im Rahmen des Projekts **A-HAI** 2021 der erste A-HAI-Bericht veröffentlicht werden. Auch die Arbeiten am zweiten Produkt aus dem A-HAI-Projekt, dem sogenannten A-HAI-Feedbacktool, wurden 2021 vorangebracht.

Im Zuge des Projekts **Qualitätsberichterstattung und Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement** fand 2021 die Erhebung der Qualitätssysteme in selbstständigen Ambulatorien statt. Insgesamt waren 880 selbstständige Ambulatorien aufgefordert, an der verpflichtenden Qualitätsberichterstattung teilzunehmen.

Die Webplattform **kliniksuche.at** hat zum Ziel, Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige bestmöglich auf einen bevorstehenden Krankenhausaufenthalt vorzubereiten und diesbezüglich zu informieren. Derzeit sind dort Informationen zu Leistungen und Diagnosen (inkl. Bewertung), zu Krankenhäusern, zu Abteilungen und Ambulanzen abrufbar. Insgesamt sind 48 verschiedene Leistungen (zwei Drittel des operativen Leistungsgeschehens) und Diagnosen abgebildet. 2021 wurden die Daten für die Plattform aktualisiert.

A-IQI ist ein ärztlich motiviertes Instrument für die bundesweite Qualitätsmessung und -verbesserung in Akutkrankenanstalten, durch das Schwachstellen in der gesamten Behandlung (Strukturen, Prozesse, medizinische Themen, Dokumentation) identifiziert werden können. 2021 wurden die Vorarbeiten für die beiden Schwerpunktthemen Geburt/Neugeborene und Schlaganfall gestartet.

Zum Bereich **Qualitätsmessung im ambulanten niedergelassenen Bereich – Ambulante Qualitätszirkel** wurden 2017 insgesamt vier Pilotqualitätszirkel in zwei Bundesländern

durchgeführt, die sich mit dem Krankheitsbild Diabetes mellitus Typ 2 auseinandersetzen. In Qualitätszirkeln tauschen sich Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe strukturiert über ihre Tätigkeit in der Praxis aus und lernen direkt voneinander. Nach ersten Pilotqualitätszirkeln in ausgewählten Pilotregionen in Oberösterreich und der Steiermark wurden für das Jahr 2021 Qualitätszirkel in ausgewählten Bezirken in allen Bundesländern geplant. Pandemiebedingt konnten zwar nicht alle geplanten Qualitätszirkel durchgeführt werden, dennoch wurden in diesem Jahr 14 Qualitätszirkel mit insgesamt 91 Ärztinnen und Ärzten abgehalten.

Seit Jänner 2014 gibt es in Österreich ein bevölkerungsbezogenes und qualitätsgesichertes **Brustkrebsfrüherkennungsprogramm (BKFP)** für 45- bis 69- jährige Frauen. Die Gesundheit Österreich GmbH ist seit Beginn des BKFP für die Programmevaluation und in diesem Zusammenhang auch für die Datenhaltung verantwortlich. Im Jahr 2021 konnte der mittlerweile dritte Evaluationsbericht veröffentlicht werden.

Die **Plattform für Gesundheitskompetenz (ÖPGK)** hat 2021 erstmals einen Maßnahmenkatalog erstellt, um das Engagement und die Maßnahmen der Plattformmitglieder sichtbar zu machen. Das Kompendium stellt die ÖPGK-Mitglieder vor und gibt einen komprimierten Überblick über regionale und nationale Aktivitäten, Initiativen und Projekte zum Thema Gesundheitskompetenz in Österreich.

Die Ergebnisse der **österreichischen Gesundheitskompetenzerhebung** und Empfehlungen zur HLS₁₉-AT-Befragung wurden veröffentlicht. Gesundheitskompetenz (GK) umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im Alltag anzuwenden, um in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsbewältigung Entscheidungen treffen zu können, die ihre Gesundheit und Lebensqualität erhalten oder verbessern. Auf Basis der HLS₁₉-AT-Ergebnisse wurden von einer Arbeitsgruppe Empfehlungen erarbeitet und mit den Gremien der Zielsteuerung-Gesundheit abgestimmt.

Im Rahmen des Projekts **Gute Gesprächsqualität im Gesundheitssystem** wurde in den Jahren 2020 und 2021 ein Trainerlehrgang an der Fachhochschule Campus Wien durchgeführt: „Patientenzentrierte Gesprächsführung evidenzbasiert und effektiv unterrichten“. 2021 wurde zudem aus den Mitteln der Agenda Gesundheitsförderung des BMSGPK ein weiterer Trainerlehrgang für ärztliche Kommunikationstrainer:innen im Krankenhaus umgesetzt.

Die Bedeutung der Patientenrechte für die Entwicklung eines gesundheitskompetenten Gesundheitssystems bzw. die Bedeutung von Gesundheitskompetenzfragen für die reale Umsetzung von Patientenrechten wird in Expertenkreisen immer wieder bekräftigt. Dies wurde zum Anlass genommen, dass 2021 eine vertiefende Recherche zu Patientenrechten durchgeführt wurde. Daraus abgeleitet, wurden konkrete Lösungsansätze und Empfehlungen für die Weiterentwicklung der **Patientenrechte zur Stärkung der Gesundheitskompetenz** der österreichischen Bevölkerung formuliert.

Im Jahr 2021 wurde die Adaptierung eines Informationsfolders der Stadt Wien für eine bundesweite Verwendung in Auftrag gegeben. In Abstimmung mit dem Bundeskanzleramt wurden die Arbeiten dafür 2021 gemeinsam vorangetrieben. Als Basis diente dabei die vor einigen Jahren von der Stadt Wien erstellte **Informationsbroschüre „Besuch bei der Frauen-Ärztin - Fragen und Antworten in leichter Sprache“**. Der Informationsfolder wurde um Informationen zu Kontaktstellen der Bundesländer erweitert und konnte 2021 veröffentlicht werden.

Mit dem Projekt **Gute Gesundheitsinformation für Menschen mit Migrationshintergrund** sollte eine Grundlage geschaffen werden, die sichtbar macht, wie gute Gesundheitsinformation für Menschen mit Migrationshintergrund aussehen und wie diese verbreitet werden könnte, um die Menschen systematisch mit guten Gesundheitsinformationen zu versorgen. Es fand hierzu eine Erhebung statt, mit der über 100 Menschen aus 16 verschiedenen Herkunftsländern erreicht werden konnten und der zufolge Bedarf an mehrsprachigen, in einfach verständlicher Sprache aufbereiteten, kultursensiblen Gesundheitsinformationen besteht. Niederschwellig zugängliche mehrsprachige regionale Anlaufstellen könnten einen wichtigen Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit leisten, und Erklärungsvideos in unterschiedlichen Sprachen bieten sich als geeignetes Medium an, um eine möglichst breite Gruppe an Menschen zu erreichen und über ein Thema zu informieren.

Im Jahr 2021 fanden zwei Sitzungen des **Beirats für Patientensicherheit** statt. Zentrale Themen des Beirats waren unter anderem: Patient Blood Management – Schwierigkeiten in der Umsetzung, sowie die Vorstellung möglicher Arbeitsschwerpunkte durch den Bundesverband Selbsthilfe Österreich.

Am Ende des Jahresberichts werden wieder **internationale Arbeiten und Entwicklungen** aufgezeigt wie etwa der Internationale Tag der Patientensicherheit im Zeichen von COVID-19, der Bericht der OECD „Health at a Glance“ und der von der WHO veröffentlichte Patient Safety Action Plan für die Jahre 2021 bis 2030.

Schlussfolgerungen

Dem Leitgedanken der im Jahr 2018 veröffentlichten „Patientensicherheitsstrategie 2.0“ (BMASGK 2019b) folgend, ergeben Verbesserungen in vielen einzelnen Teilbereichen des Gesundheitswesens in Summe bemerkbare Fortschritte im Bereich der Patientensicherheit. Der vorliegende Jahresbericht fasst wichtige bundesweite Aktivitäten in puncto Patientensicherheit zusammen und trägt dazu bei, diese Arbeiten gebündelt zu betrachten. Er zeigt, wie wichtig eine gemeinsame abgestimmte Vorgehensweise aller beteiligten Systempartner ist, um das hohe Niveau der Qualitätsarbeit des öffentlichen Gesundheitssystems zu wahren und laufend zu verbessern.

Inhalt

Vorwort	3
Kurzfassung	4
1 Einleitung	10
2 COVID-19-Pandemie und Patientensicherheit	11
2.1 Long COVID	11
2.2 Monitoring der psychosozialen Gesundheit.....	12
3 Bundesweite Aktivitäten zur Förderung der Patientensicherheit	14
3.1 Primärversorgung	14
3.2 Krankenhaushygiene und antimikrobielle Resistenzen.....	16
3.3 Austrian healthcare-associated infections (A-HAI).....	18
3.4 Qualitätsberichterstattung und Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement .	20
3.5 Qualitätsinformation für die Öffentlichkeit im Rahmen von kliniksuche.at	21
3.6 Messung der Qualität	22
3.6.1 Qualitätsmessung im Krankenhaus: A-IQI	22
3.6.2 Qualitätsmessung im ambulanten niedergelassenen Bereich	24
3.7 Evaluation Brustkrebsfrüherkennungsprogramm – abgeleitete Empfehlungen	24
3.8 Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK).....	27
3.9 Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der österreichischen Gesundheitskompetenzerhebung HLS ₁₉ -AT	28
3.10 Gute Gesprächsqualität im Gesundheitssystem.....	31
3.11 Aktualisierung und Weiterentwicklung von Patientenrechten zur Unterstützung von Gesundheitskompetenz.....	33
3.12 Besuch bei der Frauenärztin – Patienteninformation	34
3.13 Gute Gesundheitsinformation für Menschen mit Migrationshintergrund	35
4 Beirat für Patientensicherheit	38
5 Internationale Arbeiten	41
5.1 Internationaler Tag der Patientensicherheit	41
5.2 OECD-Bericht: Health at a Glance.....	41
5.3 WHO Patient Safety Action Plan 2021–2030.....	42
6 Ausblick	43
Literaturverzeichnis	45
Abkürzungen	47

1 Einleitung

Die Berichtsreihe der Jahresberichte zur Patientensicherheit wurde im Jahr 2014 mit der ersten Patientensicherheitsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen und im Zuge der Gesundheitsreform 2013 etabliert. Um die Ziele der Gesundheitsreform 2013 umzusetzen, einigten sich Bund, Länder und Sozialversicherung auf einen ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrag (B-ZV 2013), in dem unter anderem die Patientensicherheit und die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung als strategische Ziele verankert wurden. Im Zielsteuerungsvertrag für die Jahre 2017 bis 2021 (Zielsteuerung-Gesundheit 2017) haben die Partner der Zielsteuerung erneut vereinbart, die Versorgungsqualität zu sichern und mit zahlreichen Initiativen weiterzuentwickeln. Die Zielsteuerungspartner haben sich in diesem Vertrag – der aufgrund der Pandemie um zwei Jahre verlängert wurde – auf mehrere Ziele geeinigt wie beispielsweise auf die Stärkung von Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und Frühintervention. Der akutstationäre Bereich soll durch den Ausbau der ambulanten Versorgung entlastet werden. Die Grundlagen dafür wurden bereits 2018 durch das Primärversorgungsgesetz und die erste Etablierung von Primärversorgungseinheiten geschaffen. Das Ziel ist hier, eine hohe Behandlungsqualität in Österreich durch die Optimierung von Prozessen und Ressourceneinsätzen sicherzustellen. Informationen dazu sollen für die Bevölkerung transparent dargestellt werden.

Für die Umsetzung der Ziele einigten sich die Zielsteuerungspartner im Rahmen des Vertrags auf mehrere Handlungsfelder, an denen derzeit gearbeitet wird. Beispielsweise werden Anstrengungen unternommen, die Messbarkeit der Ergebnisqualität sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich zu verbessern, oder es wird daran gearbeitet, die integrierte Versorgung in Österreich zu verbessern und auszubauen. Optimierungen im Bereich der Versorgungsqualität haben vielfach indirekte Auswirkungen auf die Patientensicherheit und tragen dazu bei, die Qualität der Versorgung für die Bevölkerung zu verbessern. Gute Weiterentwicklungen sind das Ergebnis der Zusammenarbeit aller Partner:innen im Gesundheitswesen.

Der Jahresbericht zur Patientensicherheit 2021 gibt wie seine Vorgänger einen Überblick über die wichtigsten bundesweiten und internationalen Aktivitäten zur Verbesserung der Patientensicherheit. Darüber hinaus bietet er einen Ausblick auf die weiteren Arbeiten im darauffolgenden Jahr.

2 COVID-19-Pandemie und Patientensicherheit

2.1 Long COVID

Long COVID bezeichnet ein Krankheitsbild, das Langzeitfolgen einer SARS-CoV-2-Infektion umfasst, sofern keine anderen Krankheitsursachen zugrunde liegen. Eine heterogene Symptomatik sowie eine unterschiedliche Erkrankungsdauer sind für Long-COVID-Patientinnen und -Patienten oftmals charakteristisch. Demzufolge kann Long COVID von wenigen Wochen bis über Monate hinweg anhalten. In der Literatur wird vielerorts auf die Beschreibungen des britischen NICE (National Institute for Health and Care Excellence) verwiesen: Folglich wird der Begriff Long COVID bei anhaltenden Symptomen (inkl. neu aufgetretener Symptome), die länger als vier Wochen andauern, verwendet sowie bei nach mehr als zwölf Wochen noch bestehenden oder neu auftretenden Symptomen (Letzteres wird auch als Post-COVID-19-Syndrom bezeichnet).

Exakte Zahlen zur Prävalenz der Erkrankung sind aktuell nicht verfügbar, und die Angaben dazu in der internationalen Literatur differieren teils stark. Das RKI berichtet etwa von einem rezenten „umbrella review“, in dem die Prävalenzraten in Long-COVID-Studien zwischen 7,5 Prozent und 41 Prozent betragen. Im Sommer und Herbst 2021 wurde im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ein Long-COVID-Grundlagenpapier erstellt, das neben Informationen zum Krankheitsbild und zur Epidemiologie Empfehlungen für die Versorgung Betroffener (von der Primärversorgung bis zur Rehabilitation) enthält.

Als Erstanlaufstelle wurde hierbei für Long-COVID-Betroffene die Primärversorgung definiert. Von dort aus soll je nach Art der Symptome und Schweregrad der Erkrankung bei Bedarf eine Zuweisung zur entsprechenden adäquaten Versorgung (z. B. Fachärztin/-arzt) erfolgen. Bei anhaltenden Beschwerden, unklaren Befunden oder weiterem Abklärungsbedarf soll auf interdisziplinäre und multiprofessionelle sekundäre Assessments zurückgegriffen werden können. Um die komplexe Versorgungssituation abzubilden, wurde zudem ein Versorgungspfad entwickelt.

2.2 Monitoring der psychosozialen Gesundheit

Die COVID-19-Pandemie hat vielfältige psychosoziale Belastungen für die Bevölkerung gebracht, und es ist davon auszugehen, dass sie auch noch nach Abklingen der physischen Bedrohung weiter bestehen bleiben. Sie können jedoch nicht so einfach beziffert werden. Anders als etwa bei Infektionszahlen oder Zahlen zur Bettenauslastung auf Intensivstationen gibt es keinen allgemein etablierten und tagesaktuellen Messwert für die psychosoziale Gesundheit. Daher ist es für eine Einschätzung der Lage notwendig, mehrere verschiedene Indikatoren gemeinsam zu betrachten.

Im Rahmen des vom BMSGPK in Auftrag gegebenen Projekts „Monitoring psychosoziale Gesundheit“ wurde ein Konzept zur Monitoring der psychischen Gesundheit der österreichischen Bevölkerung erarbeitet.

Auf Basis einer Literaturrecherche und unter Einbindung von Expertinnen und Experten aus relevanten Bereichen sowie bereits laufender Initiativen in den Bundesländern wurden potenzielle Indikatoren und Datengrundlagen zur Beschreibung der psychischen Gesundheit identifiziert. Anschließend wurde mit den „datenbesitzenden“ Institutionen die Verfügbarkeit, tatsächliche Eignung für ein zeitnahes Monitoring sowie mögliche Bereitstellung der Daten abgeklärt.

Aktuell werden Daten aus den Bereichen allgemeine psychosoziale Belastung, familiäre Belastungen und Gewalt, Arbeitslosigkeit, (behandelte) psychische Erkrankungen und Suizidalität in das Monitoring einbezogen. Die vorhandenen Datensätze werden laufend aufbereitet, validiert, interpretiert und mit Expertinnen und Experten diskutiert.

Es sind hier einige Limitationen zu berücksichtigen, welche sowohl die Auswahl der Indikatoren als auch die Aussagekraft der Ergebnisse einschränken: U. a. stehen zu einigen Indikatoren entsprechende Daten aktuell nicht in der notwendigen Frequenz oder nur unvollständig zur Verfügung, bzw. fehlen Vergleichsdaten aus der Zeit vor der COVID-19-Pandemie. Datenquellen, die Inanspruchnahmeverhalten abbilden (u. a. Daten der Hotlines, der Frühen Hilfen, der stationären Psychiatrie), können keine Aussagen zu jenen Personengruppen liefern, die aufgrund verschiedener Barrieren das Unterstützungsangebot nicht in Anspruch nehmen können bzw. nicht aktiv nach Hilfe suchen. Außerdem könnte sich aufgrund schon erreichter Kapazitätsgrenzen ein gesteigerter Bedarf an Unterstützung in den Daten mancher Institutionen nicht abbilden.

Die gemeinsame Betrachtung verschiedener Indikatoren ermöglicht es jedoch trotz dieser Limitationen gut, Entwicklungen der psychosozialen Gesundheit der österreichischen Bevölkerung abzubilden. Die miteinbezogenen Daten weisen auf einen noch andauernden Anstieg der psychosozialen Belastungen hin. Vor allem bei Kindern und Jugendlichen nehmen die psychosozialen Belastungen seit Beginn der Pandemie deutlich zu, wobei sich die Situation seit 2021 noch einmal verschärft hat. Im stationären Bereich sind insbesondere Anstiege bei den Aufenthalten von Mädchen und jungen Frauen zu beobachten, mit einer Zunahme suizidalen Verhaltens.

Das Monitoring kann künftig (auch unabhängig von COVID-19) im Sinne eines Frühwarnsystems funktionieren, sodass bei einem erkennbaren Anstieg psychosozialer Belastungen bei mehreren Indikatoren rasch reagiert werden kann. Rasche Hilfe verhindert Chronifizierung und beugt zusätzlichen Kosten im Gesundheitssystem vor („schnelles Spannen eines psychosozialen Netzes“). Das frühzeitige Erkennen solcher Entwicklungen kann auch als Basis für eine adäquate Ressourcenplanung dienen und somit einen Beitrag zur Versorgungssicherheit im Bereich psychosozialer Gesundheit leisten.

3 Bundesweite Aktivitäten zur Förderung der Patientensicherheit

3.1 Primärversorgung

Der Ausbau multiprofessioneller Primärversorgungseinheiten (PVE) in Österreich machte auch im Jahr 2021 trotz der Herausforderungen durch die COVID-19-Pandemie große Fortschritte. Im Jahr 2021 wurden insgesamt sechs PVE gegründet, die durch Charakteristika wie die Versorgung in einem multiprofessionellen Team, einen an Gesundheit orientierten Versorgungsansatz und erweiterte Öffnungszeiten an den Tagesrandzeiten positiv zu einer resilienten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beitragen.

Mit folgenden Initiativen wurde die nachhaltige Etablierung der PVE in Österreich unterstützt:

Attraktivierung und Förderung der Primärversorgung

Das 2021 erfolgreich eingereichte Projekt zur Attraktivierung und Förderung der Primärversorgung¹ – finanziert durch die Recovery and Resilience Facility der EU – bildet die Basis für zahlreiche Maßnahmen zur nachhaltigen Entwicklung einer multiprofessionellen Primärversorgung bis zum Jahr 2026. Im Jahr 2021 wurden dazu erste Schritte im Rahmen des Projektaufbaus und der Projektkommunikation gesetzt.

In einem Onlineworkshop wurde gemeinsam mit PVE-Gründerinnen und -Gründern die Analyse von Charakteristika einer ausgewählten Region exerziert². Auf Basis von Indikatoren identifizierten die Teilnehmer:innen besondere Bedarfe der Bevölkerung im PVE-Einzugsgebiet. Sie verknüpften diese mit konkreten Fragestellungen aus einem Musterversorgungskonzept³ zur bedarfsorientierten Ausgestaltung dieser PVE.

¹ vgl. www.primaerversorgung.gv.at

² vgl. [PVE-Umsetzung: Regionale Versorgungsprofile | Gesundheit Österreich GmbH \(goeg.at\)](https://www.goeg.at)

³ https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.pve.gv.at%2Ffileadmin%2Fuser_upload%2Fdoc_downloads%2F3-organisations-dokumente%2Fphc2-o1_muster%2520versorgungskonzept_v2.docx&wdOrigin=BROWSELINK

Beim Praxistag Primärversorgung in St. Pölten, der in Kooperation zwischen dem NÖGUS und der Landesstelle Niederösterreich der ÖGK veranstaltet wurde, bot sich bestehenden PVE-Teams und -Neugründerinnen/-gründern eine Vielfalt an Workshops und Vorträgen. Um eine hochqualitative Versorgung der Patientinnen und Patienten orientiert an deren Gesundheit zu fördern, wurden dort Faktoren für eine erfolgreiche Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team identifiziert, Strategien und Methoden zur motivierenden Gesprächsführung zur Verhaltensänderung in der Gesundheitsförderung erlernt und schwierige Gesprächssituationen im Rollenspiel mit Schauspielpatientinnen und -patienten geübt.

Die 2020 entwickelten Empfehlungen für die hausärztliche Primärversorgung während der Pandemie wurden 2021 den veränderten Rahmenbedingungen angepasst. Um das Risiko einer Infektion zwischen Patientinnen und Patienten wie auch Gesundheitspersonal zu minimieren und die Versorgung der Patientinnen/Patienten bei allen Gesundheitsanliegen sowie v. a. von Personen mit besonderer Schutzbedürftigkeit in allen Pandemiephasen zu gewährleisten, wurden die Empfehlungen⁴ entsprechend dem Status quo der Evidenz und der Regulatorien zu Hygiene- und persönlichen Schutzmaßnahmen, Impfungen und Konsultationsformen adaptiert. Die Kooperation mit den wesentlichen Vertreterinnen und Vertretern der Primärversorgung gewährleistet eine hohe Praxisorientierung der Dokumente und einen niederschweligen Zugang zu diesen für die Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe.

Gesundheitsförderung in der Primärversorgung

Im Rahmen des Projekts Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitskompetenz in der Primärversorgung (in Auftrag gegeben vom Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen und vom Fonds Gesundes Österreich) wurde eine Infomappe zu den genannten Aufgabenbereichen für das Primärversorgungsteam entwickelt und veröffentlicht. Die Infomappe führt in die Aufgabenbereiche ein und präsentiert eine Auswahl möglicher Umsetzungsmaßnahmen.

⁴ Factsheet: <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html>
ausführliche Version: <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html>

3.2 Krankenhaushygiene und antimikrobielle Resistenzen

Die Entstehung und die Ausbreitung antimikrobieller Resistenzen sollen nachhaltig verringert werden, um die Wirksamkeit der vorhandenen antimikrobiell wirksamen Substanzen zu erhalten und - wo möglich - die Qualität der antimikrobiellen Therapien zu fördern. Die Senkung der Behandlungskosten mittels von Expertinnen/Experten erstellter Handlungsempfehlungen für Gesundheitspersonal ist ein weiteres Ziel in diesem Bereich. Krankenhaushygiene trägt wesentlich dazu bei, diese Ziele zu erreichen und ist daher ein zentrales Thema der Patientensicherheit. Übergeordnetes Ziel all der im Folgenden dargestellten Teilprojekte und Initiativen ist es, einen Beitrag zur Bekämpfung der Antibiotikaresistenz und der gesundheitssystemassoziierten Infektionen zu leisten und damit die Sicherheit der Patientinnen und Patienten zu erhöhen.

Folgende Arbeiten im Bereich Krankenhaushygiene und antimikrobielle Resistenzen fanden im Jahr 2021 statt:

Nationaler Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz (NAP-AMR)

Antibiotikaresistenzen reduzieren die Behandlungsmöglichkeiten für Patientinnen/Patienten und erhöhen Behandlungskosten und Therapiedauer. Eine effiziente Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen erfordert die intensive Zusammenarbeit einer Vielzahl von Institutionen und Interessenvertretungen. Im österreichischen Gesundheitswesen liefen bereits vor Jahren Projekte und Initiativen zur Reduktion von Resistenzen. Auf Empfehlung des Europäischen Zentrums für die Prävention und Bekämpfung von Krankheiten (European Centre for Disease Prevention and Control - ECDC) wurden 2013 unterschiedliche Aktivitäten in einem nationalen Aktionsplan gebündelt (BMG 2013). Im Jahr 2018 wurde dieser Nationale Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz (BMASGK 2018) aktualisiert, 2019 wurde in Kooperation verschiedener Bundesministerien mit der Erstellung eines neuen NAP AMR im Sinne des One Health Ansatzes gemäß Vorgaben der Europäischen Kommission begonnen. Die Arbeiten an diesem interministeriell erstellten Aktionsplan wurden 2021 weitergeführt und werden 2022 mit einer Veröffentlichung abgeschlossen.

Nationaler Aktionsplan Sepsis

Sepsis ist für Patientinnen und Patienten eine lebensbedrohliche Erkrankung mit hohem Risiko für bleibende Schäden und Beeinträchtigungen. Medizinisches Personal und Pflegekräfte werden durch das Auftreten einer Sepsis mit komplexen Situationen konfrontiert. Durch die längere Aufenthaltsdauer in Krankenanstalten und auf Intensivstationen und aufgrund der erforderlichen Nachsorge wird das Gesundheitssystem einer zusätzlichen, sehr kostenintensiven Belastung unterworfen. Untersuchungen zeigen, dass ein Teil der Sepsisfälle durch Prävention vermeidbar ist. Wichtig für einen Behandlungserfolg sind eine möglichst frühe Diagnose und ein umgehender Behandlungsbeginn. Infolge einer Anregung der Weltgesundheitsorganisation zu Aktivitäten bezüglich Prävention und Prophylaxe von Sepsis wurde in Österreich vom BMSGPK die Erstellung eines Nationalen Aktionsplans Sepsis unter Einbindung von Expertinnen und Experten aus den diesbezüglich relevanten medizinischen Fachgesellschaften und Fachgebieten initiiert. Die konstituierende Sitzung der Arbeitsgruppe fand am 29. September 2021 statt. Die Fertigstellung und Veröffentlichung des NAP Sepsis ist für 2022 geplant.

PROHYG 3.0 – Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene

PROHYG 2.0 (BMG 2011) fasste in der 2. Auflage im Jahr 2011 den damaligen Wissensstand über die Organisation der Hygiene in Gesundheitseinrichtungen zusammen und gab Strategien und Maßstäbe vor, die zur Verbesserung sowohl der Strukturqualität der Krankenhaushygiene als auch der Therapie komplizierter Infektionen führen sollen. PROHYG 2.0 erlangte durch die Einbeziehung von Rechtsvorschriften und Expertisen – insbesondere auch in Haftungsfällen – rechtliche Bedeutung und diente als Grundlage für den 2015 im Auftrag der Bundes-Zielsteuerungskommission veröffentlichten „Qualitätsstandard (QS) Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene“ (BMG 2015) mit 13 Empfehlungen als Mindestanforderung der Krankenhaushygiene.

Die Gültigkeit des Qualitätsstandards wurde Ende 2020 von der Bundes-Zielsteuerungskommission um drei Jahre verlängert, und eine evidenzbasierte Adaptierung des QS wurde empfohlen. Aus diesem Grunde wurde 2021 mit der grundlegenden Überarbeitung des dem Standard zugrunde liegenden Expertenpapiers PROHYG begonnen. Die Überarbeitung erfolgt unter Einbindung von Expertinnen und Experten aus den diesbezüglich relevanten medizinischen Fachgesellschaften und Fachgebieten und begann mit der konstituierenden Arbeitsgruppensitzung am 10. November 2021. Die Fertigstellung und Veröffentlichung des Expertenpapiers PROHYG 3.0 ist für 2022 geplant.

3.3 Austrian healthcare-associated infections (A-HAI)

Als gesundheitssystemassoziierte Infektionen, kurz HAI, werden Infektionen bezeichnet, die ursächlich in Zusammenhang mit einer Behandlung in einer Gesundheitseinrichtung stehen, bei Behandlungsbeginn jedoch noch nicht vorhanden waren und sich auch nicht in der Inkubationsphase befanden. Grundsätzlich unterscheidet man bei HAI nach endogen und exogen bedingten Infektionen. Endogen bedingte Infektionen werden durch die eigene mikrobielle Besiedlung verursacht, exogen bedingte Infektionen resultieren hingegen aus der Umgebung der Patientin bzw. des Patienten. Die Vermeidung von Infektionen der exogenen Gruppe stellt die klassische Aufgabe der Krankenhaushygiene dar.

Am häufigsten treten Infektionen der Atemwege, Harnwegsinfektionen, postoperative Wundinfektionen sowie Infekte des Blutkreislaufs und des Verdauungstrakts auf (Suetens et al. 2018). Nicht jede dieser Infektionen ist zu vermeiden. Über das Ausmaß der möglichen Reduktion durch eine konsequente Umsetzung von Hygienevorgaben und Prozessoptimierungen gibt es je nach Publikation unterschiedliche Annahmen – bspw. 20 bis 30 Prozent, 50 Prozent oder mehr (Gastmeier et al. 2010; WHO 2011).

Die Surveillance von HAI nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System ist gesetzlich verpflichtend im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) verankert und umfasst auch eine jährliche Weiterleitung der Daten an das Gesundheitsministerium. Der Grundstein für die Umsetzung einer bundesweit einheitlichen Erfassung von HAI wurde 2016 mit der „Rahmenrichtlinie für die systematische Erfassung von Krankenhauskeimen“ gelegt, welche die Surveillance-Methode, die Inhalte und Protokolle sowie den Datenfluss regelt:

Inhaltliche Vorgaben zur bundesweiten Erfassung von HAI:

- Die Datenerfassung ist mit vier Systemen möglich: ANISS, ASDI, KISS und NISS.
- Folgende Indikatoroperationen sind gemäß dem aktuellen HAISSI-Protokoll verpflichtend zu erfassen: postoperative Wundinfektionen nach Cholezystektomie (offene und laparoskopische Operation), Hüftprothese (Erstimplantationen bei Arthrose und Fraktur sowie Revisionen) und (ab Version 2.0) Sectio caesarea
- Folgende Indikatorinfektionen auf der Intensivstation sind gemäß dem aktuellen HAICU-Protokoll verpflichtend zu erfassen: Pneumonie, Bakteriämie und Harnwegsinfektion

Neben den nationalen Überwachungssystemen in den Mitgliedstaaten der EU findet die europäische Surveillance im europäischen HAI-Net im ECDC statt.

Für die erste Datenmeldung aller vier Netzwerke an das BMSGPK waren umfangreiche Vorarbeiten notwendig wie etwa die Erstellung der Datenstruktur, der Aufbau eines Daten-Upload-Systems inkl. Pilotierung oder der Informationsaustausch mit den Netzwerken und den Krankenanstalten. In einem ersten Schritt erfolgte eine Datenanalyse der ersten beiden Datenjahre 2017/2018 – mit dem Ziel, den Informationsfluss zum A-HAI-Projekt zu verbessern, den Krankenanstalten Feedback zu den ersten Datenlieferungen zu geben und somit eine schrittweise Verbesserung der Datenvollständigkeit und der Datenqualität zu erreichen. Die Ergebnisse wurden österreichweit zusammengefasst, und es wurden Verbesserungsmaßnahmen insgesamt sowie je Krankenanstalt individuell erarbeitet. Der erste große Meilenstein des Projekts wurde im Dezember 2021 mit der Veröffentlichung des ersten A-HAI-Berichts⁵ (BMSGPK 2021c) erreicht.

Überblick Auswertungen und Indikatoren:

Postoperative Wundinfektionen (SSI) zu Cholezystektomie und Hüftprothese:

- Charakteristika der Patientinnen und Patienten (z. B. Alter, Operationsdauer)
- Inzidenz von SSI: kumulative Inzidenz (Prozentsatz der Operationen, bei denen eine SSI aufgetreten ist) und Inzidenzdichte (Anzahl der im Krankenhaus entstandenen SSI pro 1.000 postoperative Patiententage)
- Infektionstiefe (oberflächlich-inzisional, tief-inzisional, Organe/Körperhöhlen)
- Vergleiche mit dem europäischen HAI-Net (EU/EWR)

Gesundheitssystemassoziierte Infektionen auf der Intensivstation (ICU):

- Charakteristika der Patientinnen und Patienten (z. B. Immunsuppression)
- Infektionen Pneumonie, Bakteriämie und Harnwegsinfekt
- Wie häufig traten die drei ICU-assoziierten Infektionen auf? (Inzidenzdichte)
- Wie häufig kamen Zentralvenenkatheter, invasive Beatmung und Harnwegskatheter zum Einsatz? (Device-Anwendungsrate)

⁵ <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Antimikrobielle-Resistenzen-und-Gesundheitssystem-assoziierte-Infektionen/Gesundheitssystem-assoziierte-Infektionen/Berichte.html>

- Wie häufig traten die obengenannten Infektionen in Zusammenhang mit einem Device auf? (deviceassoziierte Infektionen)
- Vergleiche mit dem europäischen HAI-Net (EU/EWR)

Die Veröffentlichung des A-HAI-Berichts erfolgt zukünftig einmal jährlich basierend auf den aktuell verfügbaren Daten.

Das zweite Produkt aus dem A-HAI-Projekt ist das A-HAI-Feedbacktool. Dort werden für alle Krankenanstalten die eigenen A-HAI-Daten mit Vergleichswerten aufbereitet. Die organisatorische Einbettung erfolgt analog den bundesweiten Qualitätsregistern (z. B. Stroke-Unit-Register) an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), und der Zugriff wird für die definierten Key-User:innen (Ärztliche Direktion, Hygieneteam) über eine Webapplikation mit entsprechender Zugriffsberechtigung möglich sein.

3.4 Qualitätsberichterstattung und Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

Die Gesundheit Österreich GmbH betreibt im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur die webbasierte Plattform⁶ QBE, eine Datenbank, über die in regelmäßigen Abständen Informationen zu verschiedenen Qualitätsthemen wie etwa Qualitätsmodellen, Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, Beschwerde- und Risikomanagement, Krankenhaushygiene und Impfstatus der Mitarbeiter:innen erfasst werden. Zudem wurden Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement festgelegt, die Mindestinhalte der Qualitätsarbeit für Gesundheitsdienstleister:innen beschreiben. Die dazu definierten Fragen wurden in die Befragungen der Qualitätsplattform integriert. Seit der Novellierung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) im Jahr 2011 sind die Krankenanstalten verpflichtet, an der österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen.

In der ersten Hälfte des Jahres 2021 hatten Akutkrankenhäuser und stationäre Rehabilitationseinrichtungen erneut die Möglichkeit auf freiwilliger Basis an der Erhebung der Qualitätssysteme (Berichtsjahr 2020) teilzunehmen. Danach wurden dem BMSGPK ausgewählte Daten zur Veröffentlichung über kliniksuche.at, eine Website für Bürger:innen zur Unterstützung bei einem geplanten Krankenhausaufenthalt, übermittelt.

⁶ www.qualitaetsplattform.at

Zudem wurde 2021 eine Erhebung der Qualitätssysteme in selbstständigen Ambulatorien durchgeführt. Insgesamt waren 880 selbstständige Ambulatorien aufgefordert, an der verpflichtenden Qualitätsberichterstattung teilzunehmen. Von diesen 880 Einrichtungen haben 849 Einrichtungen (96,5 Prozent) den Fragebogen vollständig ausgefüllt und für die Auswertung freigegeben. Der geplante Bericht liefert eine österreichweite Zusammenfassung der Ergebnisse betreffend die Qualitätssysteme der ausgewerteten selbstständigen Ambulatorien. Die Veröffentlichung des Berichts ist für das Jahr 2022 vorgesehen und wird im Servicebereich der Website www.qualitaetsplattform.at öffentlich verfügbar sein.

3.5 Qualitätsinformation für die Öffentlichkeit im Rahmen von kliniksuche.at

Kliniksuche.at: Finden Sie das passende Krankenhaus. Wir geben Ihnen Orientierung

Kliniksuche.at ist ein Projekt aus der Gesundheitsreform 2013 im Bereich Qualität und Patientensicherheit (Release 6. April 2016) und ist organisatorisch in das A-IQI-System eingebettet. Die Entscheidungen über die Abbildung neuer Themengebiete und die Weiterentwicklung werden in der A-IQI-Steuerungsgruppe getroffen. Organisation und Verantwortlichkeiten sind im A-IQI-Organisationshandbuch (BMASGK 2019a) detailliert beschrieben.

Ziele von kliniksuche.at:

- Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige sollen in der Lage sein, in Eigenverantwortung zu agieren und sich bestmöglich auf einen bevorstehenden Krankenhausaufenthalt vorzubereiten.
- Patientinnen und Patienten und deren Angehörige sollen über eine neutrale Plattform bei der Entscheidungsfindung unterstützt werden.
- Die Plattform soll Impulse setzen und auch die Leistungserbringer:innen dazu anregen, sich noch intensiver mit Qualitätsthemen auseinanderzusetzen.

Historie: Das Projekt wurde gemeinsam mit der Fachhochschule Steyr vorbereitet. Es wurde eine empirische Analyse zu den Themen Einstellung zu Qualitätsdatenpublikation und konkrete Nutzungsbedingungen mit 300 Interviews durchgeführt. Zusätzlich erfolgte ein Usability-Test des Prototyps von kliniksuche.at. Dabei kamen verschiedenste Methoden wie Eye-Tracking oder Think-aloud zur Anwendung. Eines der Ergebnisse: Es gab zwei

Informationen, die besonders wichtig für die Testpersonen waren: Wie oft wird die Operation in dem Krankenhaus durchgeführt? Wie lange muss ich im Krankenhaus bleiben?

Folgende Inhalte sind aktuell abrufbar:

- Informationen zu Leistungen & Diagnosen (inkl. Bewertung)
- Informationen zu Krankenhäusern
- Informationen zu Abteilungen und Ambulanzen

Es sind 48 verschiedene Leistungen (zwei Drittel des operativen Leistungsgeschehens) und Diagnosen abgebildet wie z. B. Grauer-Star-Operation, Gallenblasenentfernung oder Hüftprothese. Dargestellt und bewertet werden für jedes Krankenhaus beispielsweise Fallzahl, Verweildauer, OP-Technik, Tagesklinik und Qualitätsmanagement. Als Datengrundlagen dienen die Krankenhausroutinedaten (LKF) sowie Eingaben aus der Plattform Qualitätsberichterstattung und der Strukturdatenbank.

Im Regelbetrieb von kliniksuche.at werden jährlich mehrere Aktualisierungen vorgenommen – etwa durch Einarbeitung der abgeschlossenen A-IQI-Jahresschwerpunkte und in Form von Datenaktualisierungen. Gibt es über die Plattform selbst vermehrt Anfragen zu bestimmten Eingriffen/Erkrankungen, werden sie ebenso wie die Jahresschwerpunkte in den Entscheidungsprozess der A-IQI-Steuerungsgruppe eingebracht.

3.6 Messung der Qualität

3.6.1 Qualitätsmessung im Krankenhaus: A-IQI

Das System Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI) basiert auf dem Beschluss der Bundesgesundheitskommission von 2011 und ist gesetzlich verankert. Es nutzt Indikatoren (Ermittlung von Auffälligkeiten) sowie das Peer-Review-Verfahren (Identifizierung von Optimierungspotenzial) und beinhaltet eine Berichtslegung, bestehend aus jährlichem Bericht und kliniksuche.at. A-IQI ist ein ärztlich motiviertes Instrument und beinhaltet die Auswahl von Jahresschwerpunktthemen.

Durch A-IQI können Schwachstellen in der gesamten Behandlung (Strukturen, Prozesse, medizinische Themen, Dokumentation) identifiziert werden. Darüber hinaus ermöglichen

die unterschiedlichen Verantwortlichkeiten in Kombination mit dem krankenhausinternen Qualitätsmanagement einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess.

Neben den regulären Qualitätsindikatoren (BMSGPK 2021b) sind auch Indikatoren aus Zusatzauswertungen und Qualitätsregistern in den A-IQI-Prozess eingebunden, welche jährlich aktualisiert werden:

- reguläre Qualitätsindikatoren: Datengrundlage Krankenhausroutinedaten (LKF), begrenzt auf einzelnen stationären Aufenthalt, Drei-Länder-Vergleich, da auch Anwendung in Deutschland und der Schweiz
- Zusatzauswertungen: Datengrundlage jahresübergreifende pseudonymisierte LK-Daten (Patientenkarrieren, z. B. in puncto Wiederaufnahmen oder Revisionsraten)
- Qualitätsregister: Dateneingabe erfolgt in eigene Dokumentationssysteme oder Webapplikationen der GÖG (z. B. Stroke-Unit-Register, Register Herzchirurgie).

Das Peer-Review-Verfahren ist ein strukturiertes, systematisches Verfahren und beruht auf einer retrospektiven Krankengeschichtenanalyse. Der Fokus liegt dabei auf dem Finden von Lösungen. Das Verfahren dauert einen ganzen Tag und wird im Krankenhaus vor Ort von „externen“, erfahrenen und geschulten Peers aus unterschiedlichen Fachrichtungen durchgeführt. Jährlich werden von der A-IQI-Steuerungsgruppe Jahresschwerpunktthemen festgelegt, zu denen Peer-Review-Verfahren stattfinden, z. B. Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Urologie (2015), Hüftgelenknahe Frakturen (2017). 2021 wurden die Vorarbeiten für die beiden Schwerpunktthemen Geburt/Neugeborene und Schlaganfall gestartet. Die Verfahren dazu starten im ersten Halbjahr 2022.

Um die Nachhaltigkeit von A-IQI zu gewährleisten, werden im Sinne eines Monitorings zwei Fragestellungen behandelt:

- Wie verändern sich die Qualitätsindikatorenergebnisse nach den Peer-Review-Verfahren? (Ergebnismonitoring)
- Werden bzw. wie werden die im Peer-Review-Verfahren vorgeschlagenen Maßnahmen im Krankenhaus umgesetzt? (Maßnahmenmonitoring)

Erste Schritte von einem interdisziplinären rein ärztlichen Verfahren hin zu einem multiprofessionellen Vorgehen mittels Einbezugs der Pflege erfolgen seit 2021.

3.6.2 Qualitätsmessung im ambulanten niedergelassenen Bereich

Ambulante Qualitätszirkel

2017 wurden zum Schwerpunktthema chronische Erkrankungen/Krankheitsbilder insgesamt vier Pilotqualitätszirkel in zwei Bundesländern durchgeführt, die sich mit dem Krankheitsbild Diabetes mellitus Typ 2 auseinandersetzten.

In Qualitätszirkeln tauschen sich Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe strukturiert über ihre Tätigkeit in der Praxis – im gegenständlichen Fall konkret über diabetesspezifische Themen – aus und lernen direkt voneinander. In der Regel handelt es sich dabei um Arbeitsgruppen von sechs bis zwölf Teilnehmenden, die unter Moderation speziell geschulter Moderatorinnen/Moderatoren Lösungen für Fragestellungen und/oder Probleme erarbeiten. Im Zuge der Qualitätszirkel werden unterschiedliche Methoden des Qualitätsmanagements eingesetzt.

Nach ersten Pilotqualitätszirkeln in ausgewählten Pilotregionen in Oberösterreich und der Steiermark wurden für das Jahr 2021 Qualitätszirkel in ausgewählten Bezirken in allen Bundesländern geplant. Pandemiebedingt konnten zwar nicht alle geplanten Qualitätszirkel durchgeführt werden, dennoch wurden in diesem Jahr 14 Qualitätszirkel mit insgesamt 91 Ärztinnen und Ärzten abgehalten. Anhand ausgewählter Indikatoren wurde die Versorgung von Patientinnen und Patienten, die an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt sind, auf regionaler Ebene dargestellt und wurden Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung diskutiert. Die im Zuge der Qualitätszirkel erarbeiteten Feedbackfragebögen werden der Österreichischen Sozialversicherung übermittelt und in einem Bericht zusammengefasst, um die Behandlungsqualität für Patientinnen und Patienten weiter zu verbessern.

3.7 Evaluation Brustkrebsfrüherkennungsprogramm – abgeleitete Empfehlungen

Seit Jänner 2014 gibt es in Österreich ein bevölkerungsbezogenes und qualitätsgesichertes Brustkrebsfrüherkennungsprogramm (BKFP) für 45- bis 69- jährige Frauen, die in zweijährlichen Intervallen zur Teilnahme eingeladen werden. Frauen ab 40 und Frauen über 70 Jahre können sich ebenfalls per Opt-in zur Teilnahme anmelden. Die Gesundheit Österreich GmbH ist seit Beginn des BKFP für die Programmevaluation und in diesem Zusammenhang auch für die Datenhaltung verantwortlich.

Früherkennungsmaßnahmen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie an einer augenscheinlich gesunden Population durchgeführt werden. Ihre Ziele sind die Früherkennung von Karzinomen in einem nichtinvasiven bzw. metastasefreien Stadium und dadurch verbesserte Heilungschancen sowie ein daraus resultierender mittel- bis langfristiger Rückgang der Brustkrebsmortalität. Im Zuge einer Programmevaluierung können mögliche unerwünschte Nebeneffekte wie Überdiagnostik, Übertherapie oder Fehlbefundungen ebenso wie das Erreichen der Ziele gemessen werden.

Die Evaluierung durch die GÖG fußt auf umfangreichen sektorenübergreifenden Dokumentationen aller Schritte innerhalb des Programms - von der Screeninguntersuchung über die Abklärung auffälliger Befunde bis zur pathologischen Befundung entnommener Gewebeproben sowie der Tumorcharakteristika.

Der Schwerpunkt des im Jahr 2021 veröffentlichten dritten Evaluationsberichts (Gollmer et al. 2021) der GÖG basiert auf den Daten der dritten Screeningrunde in den Jahren 2018 und 2019, die hinsichtlich Programmteilnahme, Tumordetektion und Befundqualität analysiert und mit den Daten der vergangenen Screeningrunden sowie internationalen Performanceparametern verglichen werden. Auf diese Weise soll der Nutzen des Programms dargestellt und sollen etwaige Problemfelder rechtzeitig erkannt werden, um entsprechende Empfehlungen zur Weiterführung des Programms abzuleiten.

Das bevölkerungsbezogene und qualitätsgesicherte österreichische Brustkrebsfrüherkennungsprogramm ist dezentral und damit wohnortnah organisiert, was die Teilnahme für die einzelne Frau erleichtert. Zusätzlich werden flächendeckend voll-digitale Mammografie-systeme mit dem besten Dosis-Bildgüte-Verhältnis eingesetzt.

Sowohl die Teilnahmerate (41 Prozent) wie auch die Wiederteilnahmerate (58 Prozent) blieben aber auch 2018/2019 hinter den Erwartungen und auch hinter den europäischen Vorgaben zurück. Zur Erhöhung der Teilnahme sollte neben dem Einladungs- bzw. Erinnerungssystem auch die Kommunikationsebene der Ärztinnen und Ärzte des Vertrauens weiter forciert und ausgebaut werden. Zusätzlich sollten die unterschiedlichen Teilnahmeraten auf Bezirksebene analysiert und entsprechende regionale Maßnahmen zur Erhöhung der Teilnahme implementiert werden.

Das BKFP erreichte bzw. übertraf in den Jahren 2018/2019 die Empfehlungen der europäischen Expertinnen und Experten hinsichtlich der Brustkrebsdetektion (443 Karzinome je 100.000 Untersuchungen bzw. das 2,1-Fache der Anzahl der jährlichen Neuerkrankungen

vor Einführung des Früherkennungsprogramms) und Tumorcharakteristika (Größe, Stadium, Metastasierung) der entdeckten Karzinome und ist im Ergebnis mit dem deutschen Mammographie-Screening-Programm vergleichbar. Die niedrige Rate bei der Wiedereinbestellung zur Abklärung auffälliger Mammografien (knapp zwei Prozent) und die kurze Dauer zwischen Untersuchung und Befunderstellung (1,6 Werkstage) sind als vorteilhaft für die Frauen hervorzuheben, da ein Teil der bildgebenden Abklärung bereits zum Zeitpunkt der Früherkennung mittels Ultraschalls durchgeführt wird. Dieser Umstand hat auch positive Auswirkungen auf den positiv prädiktiven Wert der Früherkennungsuntersuchung, so hatten in Österreich von 100 Frauen mit auffälligem Befund 26 tatsächlich Brustkrebs. Im deutschen Mammographie-Screening-Programm, bei dem der Ultraschall erst nach einer Wiedereinbestellung in der Abklärung eingesetzt wird, waren es im Jahr 2018 15 von 100 Frauen. Sowohl die Biopsierate (etwa ein Prozent) als auch das Verhältnis benigner zu malignen Biopsien im BKFP entsprechen den Erwartungen.

Die im internationalen Vergleich verhältnismäßig hohe Ultraschallrate von 71 Prozent ist durch die Programmstruktur des BKFP erklärbar, da der Ultraschall als Teil der Screeninguntersuchung (v. a. bei hoher Brustdichte und zur Abklärung von Auffälligkeiten) eingesetzt wird. Die Sensitivitätssteigerung der Ultraschalluntersuchung (etwa fünf Prozent) ist in ihrem Ausmaß aufgrund der eingeschränkten Aussagekraft der Daten erwartbar, überraschenderweise zeigt sich dabei aber keine Senkung der Spezifität. Eine alleinige Beurteilung des Effekts des Ultraschalls bzw. der Doppelbefundung erscheint unter den Gegebenheiten der Befunderstellung nicht zielführend, und es sollte generell die Kombination der beiden bildgebenden Verfahren Mammografie und Ultraschall hinsichtlich ihrer Effektivität beurteilt werden.

Die Anzahl der Intervallkarzinome (entdeckte Karzinome nach einer unauffälligen Screeninguntersuchung innerhalb des Screeningintervalls) reduzierte sich erfreulicherweise deutlich, und zwar sowohl per se als auch im Verhältnis zu den im Rahmen der Früherkennung detektierten Karzinomen. Es wurde vor allem im ersten Jahr nach einer unauffälligen BKF-Untersuchung die von Expertinnen und Experten empfohlene obere Grenze von 30 Prozent an Intervallkarzinomen im Vergleich zur Hintergrundinzidenz (= Neuerkrankungen vor Einführung des BKFP) deutlich unterschritten. Auch die Anzahl der Intervallkarzinome innerhalb des zweiten Jahres liegt unter der definierten Grenze von maximal 50 Prozent der Hintergrundinzidenz.

Bemerkenswert ist der Umstand, dass sich ein großer Anteil der in der Kernzielgruppe der 45- bis 69-jährigen Frauen aufgetretenen invasiven Intervallkarzinome nicht von den im

Screening detektierten Tumoren in Größe, Metastasierung bzw. Lymphknotenbefall unterscheidet, obwohl vor allem für das zweite Jahr nach einer negativen BKF-Untersuchung eher das Gegenteil zu erwarten gewesen wäre. Aufgrund des hohen Anteils vermutlich symptomloser bzw. nicht tastbarer Intervallkarzinome kann die These aufgestellt werden, dass es sich vor allem im zweiten Jahr nach der BKF-Untersuchung bei einem Teil um echte (also vor Ablauf des Untersuchungsintervalls auftretende) Intervallkarzinome handelt, die aufgrund einer vorgezogenen Früherkennungsuntersuchung im Rahmen einer diagnostischen Mammografie außerhalb des vorgegebenen Screeningintervalls entdeckt werden. So kann mittels dieser risikoadjustierten Form der Früherkennung innerhalb des diagnostischen Settings im Rahmen der geltenden Indikationenliste für diagnostische (kurative) Mammografien die Detektion symptomloser Karzinome erhöht werden. Das Ausmaß der auf diese Weise entdeckten Karzinome lässt sich aufgrund der vorliegenden Daten nur sehr grob schätzen.

Für eine exaktere Quantifizierung und vor allem für eine Einschätzung möglicher Auswirkungen auf die Detektionsrate, Programmsensitivität und Intervallkarzinomrate müsste bei den infrage kommenden Fällen (stichprobenartig) durch Analyse der Mammografieaufnahmen der BKF-Untersuchung geprüft werden, ob es sich um echte Intervallkarzinome handelt. Ebenso erscheint eine Analyse möglicher Auswirkungen der Vorgehensweise auf die Rate der falsch positiven Befunde bedeutsam.

3.8 Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK)

Die Pandemie hat die große Bedeutung von Gesundheitskompetenz besonders deutlich vor Augen geführt. Der Umgang mit Gesundheitsinformationen wird öffentlich so stark diskutiert wie selten zuvor, was zeigt, dass Gesundheitskompetenz viel mehr ist als eine Voraussetzung für die persönliche Gesundheit – das Niveau an Gesundheitskompetenz in der Gesellschaft wirkt sich auf alle aus.

Die Ergebnisse der aktuellen innereuropäisch vergleichenden Gesundheitskompetenzerhebung (HLS₁₉-AT) belegen, dass es in Österreich in Sachen Gesundheitskompetenz nach wie vor Handlungsbedarf gibt. Dass aber immer mehr Menschen bessere Chancen auf eine gute Gesundheitskompetenz erhalten, ist zu einem großen Teil den ÖPGK-Mitgliedern mit ihren Maßnahmen zu verdanken.

Die ÖPGK wurde mit dem Ziel der Verbesserung der Gesundheitskompetenz in Österreich eingerichtet. Die Mitglieder der Plattform sind Organisationen, die aktiv dazu beitragen

und Maßnahmen zur Stärkung von Gesundheitskompetenz durchführen. Ziele dieser Maßnahmen sind die Förderung der persönlichen Gesundheitskompetenz und/oder die gesundheitskompetente Gestaltung von Organisationen und sozialen Settings. Seit Gründung der ÖPGK steigt die Anzahl ihrer Mitglieder kontinuierlich an. Ende 2021 zählte die Plattform 104 Mitglieder, davon 46 Einrichtungen mit 53 Maßnahmen, 34 Kommunikationstrainer:innen und 24 Gesundheitskompetente offene Jugendeinrichtungen.

Um das Engagement und die Maßnahmen der Plattformmitglieder sichtbar zu machen, wurde 2021 erstmals ein Maßnahmenkatalog erstellt. Dieses Kompendium stellt die ÖPGK-Mitglieder vor und gibt einen komprimierten Überblick über regionale und nationale Aktivitäten, Initiativen und Projekte zum Thema Gesundheitskompetenz in Österreich. Die einzelnen Maßnahmen zeigen, dass das Thema zunehmend auch außerhalb des Gesundheitssystems auf Interesse stößt. Auch in anderen Settings, etwa am Arbeitsplatz, im Bildungssystem, in der Nachbarschaft, in der Stadt etc. werden Gesundheitskompetenzstrategien verfolgt.

Neben einem Einblick in die vielfältigen Aktivitäten soll dieser Maßnahmenkatalog auch Ansporn für die Fortführung und Nachhaltigkeitssicherung dieser erfolgreichen Arbeit sein. Der Maßnahmenkatalog steht auf der Website der ÖPGK zur Verfügung⁷ (ÖPGK 2021).

3.9 Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der österreichischen Gesundheitskompetenzerhebung HLS₁₉-AT

Gesundheitskompetenz (GK) umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im Alltag anzuwenden, um in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsbewältigung Entscheidungen treffen zu können, die ihre Gesundheit und Lebensqualität erhalten oder verbessern. Sie ist Ausdruck des Zusammenspiels individueller Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie der Anforderungen, mit denen Menschen in diesen Bereichen konfrontiert sind. In Bezug auf das Gesundheitssystem bedeutet das: Je nachdem, wie das Gesundheitssystem gestaltet ist, ermöglicht oder behindert es gesundheitskompetentes Handeln. Das Gelingen gesundheitskompetenten Handelns ist umso wahrscheinlicher, je nutzerfreundlicher und gesundheitskompetenter das Gesundheitssystem organisiert ist. Eine solche nutzerfreundliche und gesundheitskompetente Gestaltung bezieht

⁷ <https://oepgk.at/oepgk-massnahmenkatalog>

sich einerseits auf Strukturen und Prozesse der gesundheitlichen Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung und andererseits auf das im System handelnde Fachpersonal, das in der Lage sein soll, auf die unterschiedliche GK der Nutzer:innen angemessen einzugehen. Interventionen zur Verbesserung von GK sollten daher sowohl die Förderung der persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten als auch eine Verbesserung der Strukturen und Prozesse anstreben (Stichwort gesundheitskompetente Organisationen). Die stetige Zunahme der Informationen und Angebote in der Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung stellt hohe Anforderungen an die Nutzer:innen und kann leicht zu einer Überforderung führen, wenn nach einer Entscheidung für die eigene Gesundheit oder einer solchen für die Gesundheit von Familienmitgliedern gesucht wird.

Internationale Studien liefern Hinweise, dass eine geringe GK zu weniger gesunden Entscheidungen und einem ungesunden Lebensstil beiträgt und somit Einfluss auf subjektive und objektive Gesundheitsergebnisse hat. Forschungen zeigen zudem, dass eine geringe GK problematische Auswirkungen auf die Nutzung sowie die Ergebnisse und somit auch auf die Kosten einer professionellen Gesundheitsversorgung hat. In der Shanghai Declaration der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird GK daher als eine zentrale Determinante für Outcomes der Krankenbehandlung, Prävention und Gesundheitsförderung und folglich für die Gesundheit und das Wohlbefinden angesehen.

Von März bis Mai 2020 wurde in Österreich - während des ersten Corona-Lockdowns – die zweite Österreichische Gesundheitskompetenzerhebung durchgeführt (HLS₁₉-AT). Sie ist Teil des internationalen Health Literacy Survey 2019 (HLS₁₉)⁸ und liefert aktuelle Erkenntnisse zur Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung. Knapp 3.000 Erwachsene ab 18 Jahren wurden telefonisch zur ihrer allgemeinen Gesundheitskompetenz sowie zu spezifischen Gesundheitskompetenzbereichen befragt. In Auftrag gegeben und finanziert wurde die Studie von der österreichischen Bundesgesundheitsagentur und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger. Sie liefert Grundlagen für die Planung und Bewertung gesundheitspolitischer Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz.

2021 wurden die Ergebnisse der HLS₁₉-AT-Befragung und daraus abgeleitete Empfehlungen veröffentlicht. Details zur Erhebung sowie zu den österreichischen Ergebnissen können im nationalen Ergebnisbericht nachgelesen werden (Griebler et al. 2021a)⁹. Die wichtigsten Ergebnisse wurden auch in einem Factsheet zusammengefasst (Griebler et al.

⁸ https://m-pohl.net/HLS19_Project

⁹ <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1833>

2021b)¹⁰. Auf Basis der HLS₁₉-AT - Ergebnisse erarbeitete die Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz (ÖPGK) im Auftrag der Fachgruppe Public Health Empfehlungen, die mit dem Kern-Team der ÖPGK, mit deren anderen Arbeitsgruppen und mit der Fachgruppe Public Health diskutiert und abgestimmt wurden (BMSGPK 2021a)¹¹.

Im Hinblick auf die allgemeine Gesundheitskompetenz bestätigen die aktuellen Ergebnisse die Erkenntnisse der ersten Österreichischen Gesundheitskompetenzbefragung (HLS-EU 2011), sowohl in Bezug auf die Schwierigkeit einzelner Gesundheitskompetenzaufgaben und -bereiche als auch auf gesellschaftliche Bevölkerungsgruppen mit größeren Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen. Ein näherungsweise Vergleich zwischen HLS₁₉-AT und HLS-EU lässt auf einen leichten Anstieg in der selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheitskompetenz schließen. Verbesserungen im Informationsmanagement sind im Bereich Gesundheitsförderung sowie beim Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen erkennbar.

Erstmals wurden im HLS₁₉-AT Daten auch zu spezifischen Bereichen der Gesundheitskompetenz erhoben. Im Vergleich zur allgemeinen Gesundheitskompetenz zeigt sich, dass die größten Herausforderungen im Bereich der Navigationskompetenz (Orientierung im Gesundheitssystem) und bei der digitalen Gesundheitskompetenz (Umgang mit Onlineinformationen) bestehen. Auch in puncto Impfinformationen fällt die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung geringer aus als bei der allgemeinen Gesundheitskompetenz. Als vergleichsweise stark ausgeprägt erweist sich die kommunikative Gesundheitskompetenz im Rahmen ärztlicher Gespräche.

Über alle Gesundheitskompetenzbereiche hinweg haben Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss und Menschen in finanziell prekären Situationen eine geringere selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz, wobei es deutliche Schnittmengen zwischen diesen Bevölkerungsgruppen gibt. Darüber hinaus scheint der Umgang mit Gesundheitsinformationen speziell für Menschen im mittleren Alter (zwischen 30 und 59 Jahren) eine Herausforderung darzustellen.

¹⁰ <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1834>

¹¹ <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1920>

Sehr deutlich wird durch die Erhebung, dass Menschen mit chronischen Erkrankungen und Gesundheitsproblemen, die Schwierigkeiten im Umgang mit diesen gesundheitlichen Herausforderungen haben, in allen Gesundheitskompetenzbereichen eine geringere selbst-eingeschätzte Gesundheitskompetenz aufweisen als solche ohne chronische Erkrankungen oder auch Menschen mit chronischen Erkrankungen, die ihrer Einschätzung nach gut damit zurechtkommen. Dies rückt Fragen der Versorgungsqualität und der integrierten Versorgung chronischer Erkrankungen in den Fokus, wobei in diesem Zusammenhang auch Fragen der digitalen Gesundheitskompetenz und Navigationskompetenz zu berücksichtigen sind.

Diese Ergebnisse bestätigen die Arbeiten der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz der letzten Jahre und die Notwendigkeit, durch ein bundesweites Koordinations- und Kompetenzzentrum Standards und Tools breitenwirksam zur Verfügung zu stellen. Gleichzeitig werden auch wesentliche Entwicklungspotenziale deutlich, die derzeit zwischen dem Gesundheitsministerium, den Bundesländern und der Sozialversicherung diskutiert werden. Unter anderem geht es dabei um das gebündelte Angebot qualitätsgesicherter Gesundheitsinformationen, das systematische Training der Angehörigen der Gesundheitsberufe in patientenorientierter Gesprächsführung, die Unterstützung bestimmter Bevölkerungsgruppen im Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen und die integrierte Umsetzung von Gesundheitskompetenzmaßnahmen im regionalen Kontext durch das Zusammenspiel von Gesundheitseinrichtungen und Strukturen der Gesundheitsförderung. Aus Sicht eines gesundheitspolitischen Lern- und Steuerungsprozesses ist die wiederholte Erhebung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung (circa alle vier bis fünf Jahre) wichtig.

3.10 Gute Gesprächsqualität im Gesundheitssystem

Internationale Studien zeigen, dass es einen Zusammenhang zwischen Patientensicherheit und der Qualität der Kommunikation zwischen Gesundheitsfachkräften und Patientinnen/Patienten gibt. Mangelnde Anamneseerhebung und Fehler in der Gesprächsführung können zu falsch verordneten Therapien führen (Chen et al. 2008). Im ärztlichen Gespräch wird oft verabsäumt, neben der biomedizinischen Perspektive auch den Gesamtkontext und die Patientenperspektive zu erfassen und darauf einzugehen - verbunden mit schlechteren Gesundheitsoutcomes, Über- und Fehlinanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen (mehr Hospitalisierungen) und höheren Kosten (Weiner/Schwartz 2016). Gute Gesprächs-

qualität verbessert die Informationsvermittlung und bewirkt eine bessere Therapieadhärenz (Trzeciak/Mazzarelli 2019). Ineffektive Teamkommunikation ist die Hauptursache für zwei Drittel aller medizinischen Fehler in den USA (Joint Commission International 2018).

In Österreich beschloss die Bundeszielsteuerungskommission 2016 eine bundesweite Strategie zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung (BMGF 2016). In Umsetzung dieser Strategie wurden 2018/19 mit finanziellen Mitteln des Dachverbands der Sozialversicherungsträger und der Bundesgesundheitsagentur (BGA) 19 Kommunikationstrainer:innen nach dem evidenzbasierten Standard der International Association for Communication in Healthcare (EACH – Arbeitsgruppe für Trainings tEACH) und der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) in einem Trainerlehrgang ausgebildet und zertifiziert. Dieses Netzwerk aus Trainerinnen und Trainern bietet nun für unterschiedliche herausfordernde Gesprächssituationen evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Kommunikationstrainings für Vertreter:innen der Gesundheitsberufe nach ÖPGK-tEACH-Standard an.

2020 - 2021 wurde der dreisemestriges Trainerlehrgang „Patientenzentrierte Gesprächsführung evidenzbasiert und effektiv unterrichten“ an der Fachhochschule Campus Wien durchgeführt. Dabei wurden Lehrende verschiedener medizinisch-therapeutischer Gesundheitsberufe an der Fachhochschule Campus Wien (Department Gesundheitswissenschaften) nach evidenzbasierten und qualitätsgesicherten Standards für einen effektiven und evidenzbasierten Gesprächsführungsunterricht auf internationalem Niveau weiterqualifiziert. Trotz Coronakrise konnte der Lehrgang auch via Fernlehre weitergeführt und wie vorgesehen 2021 abgeschlossen werden.

2021 wurde aus den Mitteln der Agenda Gesundheitsförderung des BMSGPK ein weiterer Trainerlehrgang für ärztliche Kommunikationstrainer:innen im Krankenhaus umgesetzt. Dabei wurden zwölf Ärztinnen und Ärzte aus Einrichtungen verschiedener Träger und unterschiedlichen Fachrichtungen nach evidenzbasierten und qualitätsgesicherten Standards zur Umsetzung effektiver Kommunikationstrainings für Angehörige der Gesundheitsberufe auf internationalem Niveau weiterqualifiziert. Der Lehrgang umfasste ein einführendes Kommunikationstraining und zwei mehrtägige Präsenzmodule zur Vermittlung und zur Übung der zu unterrichtenden Inhalte und der dafür einsetzbaren Lehrmethoden wie insbesondere die Arbeit mit Schauspielpatientinnen und -patienten. Im Umsetzungsteil des Lehrgangs sind im Jahr 2022 zwei Praktika zu absolvieren, danach wird der Lehrgang mit der Zertifizierung nach ÖPGK-tEACH-Standard abgeschlossen. Der Trainerlehrgang wird begleitend evaluiert. Die Trägereinrichtungen werden darüber hinaus durch ein spezifisch

für den Bedarf des Settings Krankenhaus entwickeltes Standardtraining, „Kommunikationstrainings für Gesundheitsberufe im Krankenhaus“, inklusive entsprechender Lehr- und Informationsmaterialien (Folder, Testimonialvideo, Webauftritt) bei der Implementierung von Kommunikationstrainings unterstützt.

Im Auftrag des Dachverbands der Sozialversicherungsträger (DVSV) wurde 2020 gemeinsam mit dem Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH (IfGP) ein Standardkommunikationstraining für Angehörige der Gesundheitsberufe in der stationären Rehabilitation entwickelt, welches 2021 weiter ausgebaut und in eine Pilotphase übergeführt wurde. Die anhand einer Bedarfsanalyse entwickelten Inhalte und Module – Informationen verständlich vermitteln, mit starken Emotionen zielführend umgehen, Motivieren und mit Widerstand umgehen, Informieren und Motivieren im Gruppensetting – adressieren viele Aspekte im Zusammenhang mit der Förderung von Patientensicherheit. Das Format wird auch als Onlineversion angeboten.

Neben dem weiteren Aufbau des Trainernetzwerks und der Durchführung von Kommunikationstrainings wurden 2021 vielfältige Beratungen durchgeführt sowie Pilotprojekte und Umsetzungsinitiativen unterstützt.

Im Zusammenhang mit der Förderung von Patientensicherheit wurde 2021 ein vertiefendes Rechercheprojekt zum Thema „Aktualisierung bzw. Weiterentwicklung von Patientenrechten zur Unterstützung von Gesundheitskompetenz“ durchgeführt, bei dem u. a. wichtige Potenziale für eine bessere rechtliche Ausgestaltung und Umsetzung des Rechts auf Anhörung der Patientenperspektive und auf Gute Gesprächsqualität in der Krankenversorgung identifiziert wurden.

3.11 Aktualisierung und Weiterentwicklung von Patientenrechten zur Unterstützung von Gesundheitskompetenz

Die Bedeutung der Patientenrechte für die Entwicklung eines gesundheitskompetenten Gesundheitssystems bzw. die Bedeutung von Gesundheitskompetenzfragen für die reale Umsetzung der Patientenrechte wird in Expertenkreisen immer wieder bekräftigt. Auch im Regierungsprogramm 2020 bis 2024 wird die Aufwertung der Patientenrechte zur Unterstützung der Gesundheitskompetenz als eine prioritäre Maßnahme zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems angeführt. Patientenrechte sind nicht nur aus juristischen und humanistischen Erwägungen wichtig, sie können auch ein wichtiger Faktor für bessere

Outcomes im Gesundheitssystem sein. Einerseits leisten Patientenrechte einen Beitrag zum Empowerment für Koproduktion seitens der Patientinnen und Patienten, andererseits können sie auch bei den Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsberufen die Aufmerksamkeit für unterstützende, empowernde Maßnahmen fördern.

In einer ersten Recherche 2020 zeigte sich, dass es weniger an den Patientenrechten an sich mangelt, sondern dass deren Effektivität vor allem durch Umsetzungsprobleme beeinträchtigt wird.

2021 wurde dazu eine vertiefende Recherche durchgeführt. Anhand einer Sondierung von Patientenrechten im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz sowie mittels Interviews mit Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitswesen wurden konkrete Lösungsansätze und Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Patientenrechte zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung formuliert und dem BMGSPK übermittelt.

Die Patientensicherheit ist vom Thema Patientenrechte direkt oder indirekt in vielerlei Hinsicht betroffen. Vermutete Qualitätsmängel, vermeidbare Risiken bis hin zu Behandlungsfehlern sind beispielsweise sehr häufig die Folge von Kommunikationsproblemen zwischen den behandelnden Personen und deren Patientinnen/Patienten. Die Förderung der Patientensicherheit ist daher eine wichtige übergeordnete Zielsetzung hinsichtlich der abgeleiteten Empfehlungen.

3.12 Besuch bei der Frauenärztin – Patienteninformation

Am 20. November 2020 verabschiedete der Nationalrat eine Entschließung zur Erstellung von Informationsbroschüren in leichter Sprache zu gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen für Frauen mit Behinderungen: „Die Bundesregierung, insbesondere der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und die Bundesministerin für Frauen und Integration mögen gemeinsam die Erstellung und Verbreitung von Informationsmaterialien in Leichter Sprache sowie Österreichischer Gebärdensprache zum Thema gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen in Auftrag geben.“ (Nationalrat 2020). Als Hintergrund dafür wurde genannt, dass Menschen mit Behinderungen mit gesellschaftlicher Ausgrenzung, eingeschränktem Zugang zur öffentlichen Teilhabe und mit Vorurteilen konfrontiert sind. Barrieren sind im Gesundheitssystem vielfach vorhanden, beispielsweise in baulicher Hinsicht oder in Form fehlenden Bewusstseins für Menschen mit besonderen Bedürfnissen seitens der Gesundheitsdienstleister:innen.

Das BMSGPK hat die GÖG 2021 mit der Adaptierung eines Informationsfolders der Stadt Wien für eine bundesweite Verwendung beauftragt. In Abstimmung mit dem Bundeskanzleramt wurden die Arbeiten 2021 vorangetrieben. Als Basis diente die vor einigen Jahren von der Stadt Wien erstellte Informationsbroschüre „Besuch bei der Frauen-Ärztin - Fragen und Antworten in leichter Sprache“.

Die Stadt Wien stimmte der Verwendung der Broschüre zu, die Inhalte und das Layout sollten jedoch möglichst unverändert bleiben. In die Broschüre wurden, abgestimmt mit den Gremien der Zielsteuerung-Gesundheit (Bund, Länder, SV), als weitere Inhalte Informationen zu Kontaktstellen der Bundesländer aufgenommen. Die GÖG koordinierte den Abstimmungsprozess mit der Stadt Wien, dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, dem Bundeskanzleramt, den Gremien der Zielsteuerung-Gesundheit und dem Behindertenrat. Inhaltliche Veränderungen waren seitens der Stadt Wien, wie bereits erwähnt, initial nicht erwünscht, dennoch wurden einige Anmerkungen der Stakeholder:innen eingebracht und mit der Stadt Wien in mehreren Feedbackschleifen abgestimmt und eingearbeitet. Die finale Broschüre (BKA 2021) ist auf der Website des BMSGPK und jener des BKA verfügbar¹².

3.13 Gute Gesundheitsinformation für Menschen mit Migrationshintergrund

Menschen mit Migrationshintergrund wissen oftmals nicht, wohin sie sich in Österreich mit welchen gesundheitlichen Anliegen wenden sollen und welche Leistungen hier angeboten werden bzw. üblich sind. Das gilt insbesondere für jene Menschen, die sozial bzw. sozioökonomisch benachteiligt sind. Faktoren wie Ängste, Diskriminierungserfahrungen oder Hürden (z. B. Selbstbehalte) tun ihr Übriges und führen dazu, dass Leistungen des Gesundheitssystems nicht (rechtzeitig) in Anspruch genommen werden.

Mit dem Projekt „Gute Gesundheitsinformation für Menschen mit Migrationshintergrund“ sollte daher eine Grundlage geschaffen werden, die sichtbar macht, wie gute Gesund-

¹² <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Frauen--und-Gendergesundheit.html>

<https://www.bundeskanzleramt.gv.at/service/publikationen-aus-dem-bundeskanzleramt/publikationen-zu-frauen-und-gleichstellung/gender-medizin.html>

heitsinformation für Menschen mit Migrationshintergrund aussehen und wie diese verbreitet werden könnte, um die Menschen systematisch mit guten Gesundheitsinformationen zu versorgen (Weigl et al. 2021).

Im Rahmen der Erhebung führten sogenannte Co-Forschende aus fünf unterschiedlichen Herkunftsländern und Berater:innen von FEM Süd leitfadengestützte Einzelinterviews bzw. Fokusgruppen durch. Die Gespräche wurden in der Erstsprache der Teilnehmenden geführt. Insgesamt konnten so über 100 Menschen aus 16 verschiedenen Herkunftsländern erreicht werden.

Aus den Gesprächsprotokollen kann der große Bedarf an mehrsprachigen, in einfach verständlicher Sprache aufbereiteten kultursensiblen Gesundheitsinformationen festgestellt werden. Fehlende Sprachkenntnisse stellen eine große Hürde dar, die auch als solche erlebt wird - sowohl auf dem gesamten Versorgungsweg als auch bei der Suche nach Gesundheitsinformationen und bei dem Versuch, diese zu verstehen. Als relevant erachtete Gesundheitsthemen unterscheiden sich zwar fallweise zwischen den Herkunftsländern und auch Geschlechtern, manche Themen wurden aber vermehrt genannt (u. a. Gesundheitsversorgung, psychosoziale Gesundheit, Frauengesundheitsthemen). Als (Haupt-)Informationsquellen zu Gesundheitsfragen wurden neben Bekannten/Verwandten insbesondere (Haus-)Ärztinnen/-Ärzte genannt.

Niederschwellig zugängliche mehrsprachige regionale Anlaufstellen könnten einen wichtigen Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit leisten, indem sie bei der Orientierung im Gesundheitssystem helfen, Informationen und Übersetzungsleistungen bieten und darüber hinaus auch Angebote der Gesundheitsförderung setzen und bewerben. Erklärungsvideos in unterschiedlichen Sprachen bieten sich wiederum als geeignetes Medium an, um eine möglichst breite Gruppe von Menschen zu erreichen und über ein Thema zu informieren.

Entsprechend den Erhebungsergebnissen wurde in Zusammenarbeit mit den Co-Forschenden ein Erklärungsvideo zur Gesundheitsversorgung in Österreich erstellt und über die Co-Forschenden und ausgewählte Organisationen gestreut. Das Video ist mit einer deutschen Erzählerstimme unterlegt und mit Untertiteln in insgesamt zwölf Sprachen (inkl. Deutsch)

versehen. Abrufbar ist dieses Video – neben anderen einschlägigen Videos – auf dem österreichischen Gesundheitsportal¹³.

Die Projektergebnisse bieten eine erste Grundlage sowohl für die Erstellung weiterer guter Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form als auch für das Angebot künftiger Anlaufstellen und Dienstleistungen, die sprachlichen Barrieren und Informationslücken gezielt entgegenzutreten könnten. Dadurch soll zum einen der gesamten Bevölkerung im Sinne der Chancengerechtigkeit der Zutritt zur österreichischen Gesundheitsversorgung erleichtert werden und ihr zum anderen auch die Chance auf ein vorteilhafteres Gesundheitsverhalten ermöglicht werden.

¹³ <https://www.gesundheit.gv.at/service/videos/gesundheitssystem>

4 Beirat für Patientensicherheit

Im Jahr 2013 wurde der Patientensicherheitsbeirat eingerichtet, ein nach § 8 Bundesministerengesetz beratendes Gremium für den Themenbereich Patientensicherheit. Die aus unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens stammenden Beiratsmitglieder diskutieren bei den Sitzungen des Beirats (in der Regel zweimal jährlich) Initiativen, Ideen und Vorschläge. Auf Bundesebene wurde somit ein Forum geschaffen, in dem Interessenvertreter:innen Anstöße zu Qualitätsverbesserungen geben können, um Prozesse in der Gesundheitsversorgung zu optimieren und die Patientensicherheit kontinuierlich zu verbessern. Zu den Aufgaben des Beirats zählen die Beratung des Bundesministers und die Unterstützung bei der Umsetzung der Patientensicherheitsstrategie.

Die erste Funktionsperiode des Beirats endete 2016, die zweite 2020. Im Jahr 2021 wurden die Mitglieder für die dritte Funktionsperiode neu bestellt. Die Protokolle des Beirats und die dazugehörigen Unterlagen sind auf der Website des BMSGPK einsehbar¹⁴.

Am 21. April und am 2. Dezember 2021 fanden Sitzungen des Beirats für Patientensicherheit im Rahmen von Videokonferenzen statt. Wie im Format des Beirats üblich, wurden wieder Gastvortragende eingeladen, um über relevante Themen zu referieren. Folgende Themen wurden an dieser Stelle hervorgehoben:

Patient Blood Management – Schwierigkeiten in der Umsetzung

Frau Univ.-Doz. Dr.ⁱⁿ Petra Innerhofer (Universitätsklinik Innsbruck) berichtete in ihrem Gastvortrag über die Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Qualitätsstandards zum Patient Blood Management (PBM), dessen Ziel die Minimierung von Blutverlusten und -transfusionen bei geplanten Operationen ist. Blutverluste und -transfusionen seien im Zuge invasiver Eingriffe immer heikel. Zudem seien Bluttransfusionen ein knappes und kostspieliges Gut. Das PBM basiere auf drei Säulen (präoperative Maßnahmen, Minimierung von Blutverlusten/-transfusionen, Verbesserung der Anämietoleranz). Um ein PBM umzusetzen, bedürfe es einer adäquaten Finanzierung, einer verstärkten Patienteninformation, einer

¹⁴ <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Patient-innensicherheit-und-Patient-inneninformationen/Beirat-fuer-Patientinnen-und-Patientensicherheit.html>

interdisziplinären Erarbeitung von Algorithmen sowie personeller und räumlicher Infrastrukturen. Das sei für Österreich als noch nicht hinreichend gegeben beurteilt wurden.

Bundesverband Selbsthilfe Österreich – Mögliche Arbeitsschwerpunkte

Ernst Leitgeb erläuterte seitens des Bundesverbands der Selbsthilfe Österreich, welche zentralen Arbeitsschwerpunkte für das Gesundheitswesen ausgewählt werden sollten:

- Diagnose und Therapie der Anämie
- Anämie und Patient Blood Management
- Meldung von Arzneimittelnebenwirkungen – Zusammenarbeit mit BASG

Diagnose und Therapie der Anämie, Patient Blood Management

Die Diagnose und Therapie der Anämie sei eine Säule des Patient Blood Management. Dieses funktioniere intramural gut. Extramural sei die Diagnose und Therapie einer Anämie jedoch mangelhaft. Anämie sei ein häufiges Phänomen und könne unterschiedliche Ursachen haben. Am häufigsten jedoch sei Eisenmangel ein Grund für die Entwicklung einer Anämie. Als problematisch werde gesehen, dass Personen häufig nach einem KH-Aufenthalt in eine Anämie hineinrutschen und dies lange Zeit unerkant bleibe. Bleibe eine Anämie langfristig unerkant und/oder unbehandelt, können Organschäden, eine Schwächung des Immunsystems und eine Beeinträchtigung bei der Produktion von Botenstoffen entstehen. Es werde im Beirat für Patientensicherheit daher dringend empfohlen, Anstrengungen zur Vermeidung von Anämien zu unternehmen und das Patient Blood Management in Österreich zu verbessern.

Mit dem Qualitätsstandard Patient Blood Management sei prinzipiell eine Grundlage geschaffen worden, es existiere jedoch noch Raum für Verbesserungen. Diese könnten nach Ablauf des Qualitätsstandards im Zuge seiner Überarbeitung berücksichtigt werden.

Meldung von Arzneimittelnebenwirkungen – Zusammenarbeit mit BASG

Ein weiterer Punkt, den der Bundesverband der Selbsthilfe in Österreich eingebracht hat, ist die Meldung von Arzneimittelnebenwirkungen. Wenn, so Leitgeb, neue Medikamente auf den Markt kämen, seien nur deren häufigste Nebenwirkungen bekannt. Interaktionen mit anderen Medikamenten oder vereinzelt auch mit Nahrungsmitteln würden oft erst beim großflächigen Einsatz erkannt. In Österreich würden rund 160 Millionen Packungen Medikamente pro Jahr verschrieben. Die geschätzte Meldungsrate von Nebenwirkungen

mit ca. zehn Prozent werde als sehr gering angesehen. Seit 2012 müssten die Bürger:innen laut EU-Recht die Möglichkeit haben, Nebenwirkungen zu melden. Dies hätten EU-Staaten national umzusetzen. In Österreich erfolge die Einmeldung über die Website des BASG. Im Beirat sei diskutiert worden, wie die Meldungsrate gesteigert werden könne. Wenn zu wenige Einmeldungen erfolgten, bestehe die Gefahr, dass Sicherheitsprofile der Arzneimittel nicht überarbeitet werden könnten. Daher empfehle der Bundesverband der Selbsthilfe, dass Strategien und Maßnahmen erarbeitet werden sollten, um die Meldungsrate bei Nebenwirkungen von Arzneimitteln zu steigern.

5 Internationale Arbeiten

5.1 Internationaler Tag der Patientensicherheit

Der Internationale Tag der Patientensicherheit wurde 2015 von Deutschland zusammen mit der Schweiz und Österreich ins Leben gerufen und regt seither alle Beteiligten im Gesundheitswesen dazu an, mit eigenen Aktionen und Informationsveranstaltungen zur Patientensicherheit beizutragen. Die WHO griff mit der Resolution „Global action on patient safety“ diese Initiative auf und hat mit dem Jahr 2017 den 17. September zum Welttag der Patientensicherheit (World Patient Safety Day [WPSD]) erklärt, dessen deklariertes Ziel es ist, mit internationalen Aktionen und medialer Präsenz zur Bewusstseinsbildung in Sachen Patientensicherheit beizutragen.

Der nunmehr 7. Internationale Tag der Patientensicherheit stand unter dem Motto „Licht an für die Patientensicherheit – Setzen wir ein Zeichen“. Viele Einrichtungen und Partner konnten für diese Aktion gewonnen werden und setzten durch Lichtinstallationen ein sichtbares Zeichen.

5.2 OECD-Bericht: Health at a Glance

Der OECD-Bericht „Health at a Glance“ (OECD 2021) wird in regelmäßigen Abständen herausgegeben. 2021 wurde ein neuer Bericht veröffentlicht, der wieder zahlreiche interessante Ergebnisse und Ländervergleiche zu Themen der Gesundheit, insbesondere zu den Auswirkungen der Coronapandemie, darstellt. Zusätzlich werden für einige Länder - darunter auch für Österreich - länderspezifische Factsheets¹⁵ veröffentlicht. Beispielsweise wurde in dem Factsheet für Österreich genannt, dass zwar die Lebenserwartung in Österreich zurückging, aber die Todesfälle durch COVID-19 durch eine starke Impfkampagne und die Einführung des grünen Passes stark reduziert werden konnten.

¹⁵ <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance>

5.3 WHO Patient Safety Action Plan 2021–2030

Die World Health Assembly (WHA) hat im Mai 2019 eine Resolution mit dem Titel „Global action on patient safety“ (WHA72.6) erlassen. Darin wird der Patientensicherheit eine hohe Priorität beim Aufbau, der Gestaltung, dem Betrieb und der Bewertung der Leistungen von Gesundheitseinrichtungen eingeräumt.

Daraufhin hat die WHO im Februar 2020 den „Global Patient Safety Action Plan 2021–2030“ ins Leben gerufen, um eine strategische Richtung für konkrete Maßnahmen vorzugeben. Mit Unterstützung und in Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten und einer Vielzahl weiterer Partner und Organisationen wurde der Aktionsplan erarbeitet und 2021 veröffentlicht (WHO 2021). Der Action Plan ist zudem in deutscher Sprache auf der Website des BMSGPK abrufbar¹⁶.

Den Kern des Aktionsrahmens bildet die sogenannte „7×5-Matrix“, die sieben strategische Ziele umfasst, die durch jeweils fünf spezifische Umsetzungsstrategien näher beschrieben werden. Darin wird jeweils erläutert, welche Maßnahmen Regierungen, Einrichtungen und Dienste des Gesundheitswesens, Interessengruppen und das WHO-Sekretariat zur Zielerreichung ergreifen können.

¹⁶ https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Patient-innensicherheit-und-Patient-inneninformationen/Globaler-Aktionsplan-f%C3%BCr-Patient_innensicherheit.html

6 Ausblick

Es ist davon auszugehen, dass uns Themen wie Hygienemaßnahmen, Infektionsschutz und Long COVID aller Wahrscheinlichkeit nach im Alltag des Jahres 2022 bzw. darüber hinaus weiterhin begleiten werden. An dem Thema Long COVID sind daher fortgesetzte Arbeiten vorgesehen. Für 2022 sind beispielsweise Workshops mit unterschiedlichen Stakeholderinnen und Stakeholdern zur Identifikation von Versorgungslücken und -hürden geplant. Zudem werden die Long-COVID-Onlineinformationen für Patientinnen und Patienten bzw. für die Allgemeinbevölkerung aktualisiert und auf dem Gesundheitsportal¹⁷ veröffentlicht.

Im Rahmen der Primärversorgung werden im Jahr 2022 die Kooperation und der Austausch mit den PV-Vertreterinnen/-Vertretern einen großen Stellenwert einnehmen. Damit soll weiterhin das Ziel verfolgt werden, zu einer qualitativ hochstehenden niedergelassenen Versorgung der österreichischen Bevölkerung beizutragen.

Die Arbeiten am Nationalen Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz, der interministeriell erstellt wurde, werden weitergeführt. Ihren Abschluss wird 2022 die Veröffentlichung des Aktionsplans bilden. Auch der Nationale Aktionsplan Sepsis und das Expertenpapier „PROHYG 3.0 - Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene“ werden voraussichtlich fertiggestellt. Ihre Veröffentlichungen sind ebenso für 2022 geplant.

Im Rahmen des A-HAI-Projekts und des daraus resultierenden A-HAI-Feedbacktools sind Fortschritte vorgesehen. Für alle Krankenanstalten werden die eigenen A-HAI-Daten mit Vergleichswerten aufbereitet. Die organisatorische Einbettung erfolgt analog den bundesweiten Qualitätsregistern (z. B. Stroke-Unit-Register) an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). Der Zugriff wird für die definierten Key-User:innen (Ärztliche Direktion, Hygiene-team) über eine Webapplikation mit entsprechender Zugriffsberechtigung möglich sein.

Bei der Qualitätsberichterstattung sind im Jahr 2022 die Vorbereitungen für die verpflichtende Erhebung der Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern, stationären Rehabilitationseinrichtungen und den Einrichtungen der Langzeitversorgung bzw. Genesung/

¹⁷

<https://www.gesundheit.gv.at>

Prävention vorgesehen. Hierzu werden die Fragebögen mit einer Expertengruppe überarbeitet und in den Gremien der Zielsteuerung-Gesundheit abgestimmt. Die Erhebung für das Berichtsjahr 2022 erfolgt dann mit Beginn des Jahres 2023.

Bei A-IQI werden 2022 erste Schritte von einem interdisziplinären rein ärztlichen hin zu einem multiprofessionellen Verfahren mittels Einbezugs der Pflege erarbeitet.

Im Zuge des Projekts „Aktualisierung und Weiterentwicklung von Patientenrechten zur Unterstützung von Gesundheitskompetenz“ ist für 2022 geplant, wesentliche Ergebnisse und Empfehlungen in relevanten Gremien zu erörtern und gegebenenfalls erste Umsetzungsschritte zu konkretisieren.

Wie bisher ist auch im Jahr 2022 die wichtigste Maxime der österreichischen Gesundheitspolitik, allen Bürgerinnen und Bürgern - unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft, sozialem Status oder Einkommen - den gleichen zielgruppengerechten und barrierefreien Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Dieser Leitgedanke eines solidarischen Gesundheitswesens trägt maßgeblich dazu bei, die Sicherheit von Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Literaturverzeichnis

- B-ZV (2013): Bundes-Zielsteuerungsvertrag Zielsteuerung-Gesundheit.
- BKA, BMSGPK und (2021): Besuch bei der Frauen-Ärztin. Fragen und Antworten in leichter Sprache. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) und Bundeskanzleramt (BKA), Wien.
- BMASGK (2018): Nationaler Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz NAP-AMR. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- BMASGK (2019a): Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI)-Organisationshandbuch- Organisationsablauf und Systembeschreibung. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien.
- BMASGK (2019b): Patientensicherheitsstrategie 2.0 – eine österreichweite Rahmenvorgabe. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- BMG (2011): PROHYG 2.0: Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene. 2. Aufl., Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG (2013): Nationaler Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz NAP-AMR. 1. Aufl., Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Sektion III (Öffentlicher Gesundheit und medizinische Angelegenheiten).
- BMG (2015): Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMGF (2016): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMSGPK (2021a): Empfehlungen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in Österreich auf Basis der Ergebnisse aus der österreichischen Gesundheitskompetenzerhebung HLS19-AT. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien.
- BMSGPK (2021b): Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten, Austrian Inpatient Quality Indicators – Indikatorenbeschreibung Version 2021. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien.
- BMSGPK (2021c): Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen in Österreich (A-HAI). Eine Zusammenstellung nationaler Daten zum Datenjahr 2019. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.
- Chen, Ronald C.; Clark, Jack A.; Manola, Judith; Talcott, James A. (2008): Treatment 'mismatch' in early prostate cancer-Do treatment choices take patient quality of life into account? In: Cancer 112/1:61-68.
- Gastmeier, P; Brunkhorst, F; Schrappe, M; Kern, W; Geffers, C (2010): Wie viele nosokomiale Infektionen sind vermeidbar? [How many nosocomial infections are avoidable?]. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2010; 135(3): 91-93.
- Gollmer, Alexander; Link, Thomas; Weißenhofer, Sabine (2021): Dritter Evaluationsbericht zum Österreichischen Brustkrebs- Früherkennungsprogramm. Evaluationsbericht für die Jahre 2014 bis 2019. Wien: Gesundheit Österreich.

- Griebler, Robert; Straßmayr, Christa; Mikšová, Dominika; Link, Thomas; Nowak, Peter; Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der ÖPGK (2021a): Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitskompetenz-Erhebung HLS19-AT. Wien: Gesundheit Österreich.
- Griebler, Robert; Straßmayr, Christa; Mikšová, Dominika; Link, Thomas; Nowak, Peter; und die Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der ÖPGK (2021b): Österreichische Gesundheitskompetenz-Erhebung 2020. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien.
- Joint Commission International (2018): Communicating Clearly and Effectively to Patients. How to Overcome Common Communication Challenges in Health Care. In: A White Paper by Joint Commission International.
- KAKuG: Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl Nr. 1/1957, in der geltenden Fassung.
- Nationalrat (2020): Entschließung des Nationalrates vom 20. November 2020 betreffend Erstellung von Informationsbroschüren in Leichter Sprache zu gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen für Frauen mit Behinderungen. 113/E XXVII. GP. Parlamentsdirektion, Wien.
- OECD (2021): Health at a Glance: Europe 2021. State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing.
- ÖPGK (2021): Maßnahmenkatalog der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz. Wien: Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK).
- Suetens, Carl; Latour, Katrien; Kärki, Tommi; Richizzi, Enrico; Kinross, Pete; Moro, Maria Luisa; Jans, Béatrice; Hopkins, Susan; Hansen, Sonja; Lyytikäinen, Out; Reily, Jacqui; Deptula, Aleksander; Zingg, Walter; Plachouras, Diamantis; Monnet, Dominique L (2018): The Healthcare-Associated Infections Prevalence Study Group. Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. In: Euro Surveill 23/47:3.
- Trzeciak, Stephen / Mazzei, Anthony (2019): Compassionomics. The Revolutionary Scientific Evidence that caring makes a Difference. Pensacola, FL: Studer Group.
- Weigl, Marion; Ecker, Sandra; Gaiswinkler, Sylvia (2021): Gute Gesundheitsinformation für Menschen mit Migrationshintergrund. Wien: Gesundheit Österreich.
- Weiner, Saul J / Schwartz, Alan (2016): Contextual Errors in Medical Decision Making: Overlooked and Understudied. In: Academic Medicine 91/5:657-662.
- WHO (2011): Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide. Clean Care is Safer Care. Veröffentlicht. Hg. v. WHO. Genf: WHO.
- WHO (2021): Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. WHA72.6, Agenda item 12.5. Hg. v. WHO. Geneva.
- Zielsteuerung-Gesundheit (2017): Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene für die Jahre 2017 bis 2021.

Abkürzungen

A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
AMR	antimikrobielle Resistenzen
BASG	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
BGA	Bundesgesundheitsagentur
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BKFP	Brustkrebsfrüherkennungsprogramm
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
B-ZV	Bundes-Zielsteuerungsvertrag
COVID	coronavirus disease
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
EACH	International Association for Communication in Healthcare
ECDC	Europäisches Zentrum für die Prävention und Bekämpfung von Krankheiten
EU	Europäische Union
FEM	Frauen, Eltern, Mädchen
GK	Gesundheitskompetenz
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
IfGP	Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
LKF	leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
NAP-AMR	Nationaler Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NÖGUS	Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖPGK	Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz
PBM	Patient Blood Management
PVE	Primärversorgungseinheit
QS	Qualitätsstandard
RKI	Robert Koch-Institut
SARS-CoV-2	severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2

SV	Sozialversicherung
USA	United States of America
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization
WPSD	World Patient Safety Day

**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)