

# Patientensicherheit

Jahresbericht 2020



## 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, Vera Buhmann, Sarah Burgmann, Brigitte Domittner, Karin Eglau, Edith Flaschberger, Alexander Gollmer, Robert Griebler, Anton Hlava, Eva-Maria Kernstock, Petra Paretta, Christoph Schmotzer, Isabel Soede, David Wachabauer, Assistenz: Danijela Skeljic

**Copyright Titelbild:** © istockphoto.com/YinYang

**Druck:** Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien, 2021

**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 via und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-ROM.

Im Falle von Zitierungen im Zuge wissenschaftlicher Arbeiten ist als Quellenangabe „BMSGPK (Hg.) (2021): Patientensicherheit. Jahresbericht 2020. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien“ anzugeben.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BMSGPK und der Autorinnen/Autoren ausgeschlossen ist. Rechtsausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorinnen/Autoren dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

**Bestellinfos:** Kostenlos zu beziehen über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter der Telefonnummer 01 711 00-86 2525 oder per E-Mail unter [broschuerenservice@sozialministerium.at](mailto:broschuerenservice@sozialministerium.at).

## Vorwort



Dr. Wolfgang Mückstein  
© BKA / Andy Wenzel

Sehr geehrte Bürger:innen!

Das Jahr 2020 stand für uns alle im Zeichen des Virus SARS-CoV-2. Dieses verbreitete sich im Lauf des Jahres global und hat weltweit mittlerweile mehr als vier Millionen Tote mitverursacht. Die weltweiten Anstrengungen zur Eindämmung der Pandemie sind daher enorm. Forschung und Entwicklungen in unterschiedlichen Bereichen sind rasant vorangeschritten wie beispielsweise im Hinblick auf Impfstoffentwicklung und Behandlungsmöglichkeiten, den unterschiedlichen Ansätzen zum Nachweis des Virus im Körper sowie die Etablierung von Testmöglichkeiten. Österreich konnte durch gezielte Maßnahmen einen Zusammenbruch der stationären intensivmedizinischen Versorgung erfolgreich verhindern, Infektionsketten unterbrechen und damit viele Leben retten. Die Auswirkungen der Pandemie gehen jedoch weit über das Gesundheitssystem hinaus und betreffen nahezu alle gesellschaftlichen Bereiche. Wir alle mussten mit Einschränkungen im privaten und beruflichen Bereich leben lernen. Die gesundheitspolitischen Entscheidungen sind von steigenden oder fallenden Inzidenzzahlen und Belagszahlen in den Krankenanstalten geprägt. An oberster Stelle stand jedoch immer die Sicherheit der Bevölkerung, der Patientinnen und Patienten, ihrer Angehörigen und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen.

Die Pandemie hat das politische Tagesgeschehen klar dominiert, doch abseits davon wurde auch das Gesundheitswesen kontinuierlich weiterentwickelt. In diesem Bericht können Sie die Aktivitäten des Bundes zur Patienten- und Mitarbeitersicherheit nachlesen. Es werden Projekte und Initiativen angeführt, deren Fokus darauf liegt, die Versorgung zu optimieren und sie möglichst sicher zu gestalten. Außerdem werden internationale Entwicklungen aufgezeigt, welche die Sicherheit im Gesundheitswesen zum Ziel haben.

Dr. Wolfgang Mückstein  
Bundesminister

# Kurzfassung

## Hintergrund

Ein zentraler 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 veröffentlicht wurde, verankerten die Systempartner die Bereitschaft, das öffentliche solidarische Gesundheitssystem weiterzuentwickeln und auf die Herausforderungen der kommenden Jahrzehnte vorzubereiten.

Bereits 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 aktuellen Arbeiten im Jahr 2020 zusammen.

## Methode

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

## Ergebnisse 2020

Im Jahr 2020 wurde eine Trendstudie in Kooperation mit dem Österreichischen Gallup-Institut (erste Befragungswelle) und in der zweiten und dritten Befragungswelle in Forschungs Kooperation zwischen Deutschland (Universität Bielefeld, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung, und Hertie School Berlin), Österreich (Gesundheit Österreich GmbH) und der Schweiz (Careum Stiftung), die vom deutschen Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unter dem Förderkennzeichen ZMVI1-2520COR009 finanziert wurde, durchgeführt, um herauszufinden, wie ausgeprägt die

coronabezogene Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung ist und in welchem Ausmaß die Bevölkerung die Präventionsmaßnahmen mitträgt und bereit ist, sich gegen das Coronavirus impfen zu lassen.

Mitte März 2020 wurde bei stark steigenden Infektionszahlen im Rahmen der COVID-19-Pandemie für circa sechs Wochen ein Lockdown verfügt, der letztendlich zu einem Absinken der Zahl positiv auf COVID-19 Getesteter führte, eine Überlastung der Krankenanstalten zu vermeiden half und die COVID-bezogene Mortalität eindämmen konnte. Welche weiteren Auswirkungen die Pandemie auf die Versorgungssituation hatte, wird im Kapitel 2.2 näher ausgeführt.

Im Rahmen der Primärversorgung werden die Gründungsinitiative Primärversorgung und die Empfehlungen für die hausärztliche Primärversorgung während der Pandemie angeführt.

Zum Thema Krankenhaushygiene und antimikrobielle Resistenzen werden die aktuellen Fortschritte aufgezeigt.

In der ersten Hälfte des Jahres 2020 hatten Akutkrankenhäuser und stationäre Rehabilitationseinrichtungen erneut die Möglichkeit, auf freiwilliger Basis an der Erhebung ihrer Qualitätssysteme (Berichtsjahr 2019) teilzunehmen. Ein Teil der Daten aus dem akutstationären Bereich fließt in kliniksuche.at ein.

Im Bereich der Qualitätsmessung im Krankenhaus (A-IQI) werden 2020/21 die Peer-Review-Ergebnisse themenübergreifend analysiert.

Als Teil der Qualitätsmessung im ambulanten niedergelassenen Bereich wurde, aufbauend auf den Ergebnissen eines Pilotversuchs über Qualitätszirkel für Diabetes mellitus Typ 2, ein Umsetzungskonzept für deren österreichweite Etablierung entwickelt.

Der Qualitätsstandard Unspezifischer Rückenschmerz wurde im April 2020 fertiggestellt und veröffentlicht.

Im Jahr 2020 konnte der zweite Evaluationsbericht zur Brustkrebsfrüherkennung veröffentlicht werden, der Daten von Früherkennungsuntersuchungen der ersten vier Programmjahre 2014 bis 2017 inklusive damit in Zusammenhang stehender und dokumentierter etwaiger Abklärungsuntersuchungen und Tumoroperationen umfasst.

Anhand der Erkenntnisse aus den Datenanalysen leitete die GÖG zahlreiche Handlungsempfehlungen ab.

Den internationalen Aktionsmonat für mehr Gesundheitskompetenz im Oktober 2020 hat die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) zum Anlass genommen, auf Aktivitäten im Zusammenhang mit qualitätvollen und verständlichen Gesundheitsinformationen aufmerksam zu machen. Das ÖPGK-Magazin gibt Einblick in die Praxis Guter Gesundheitsinformationen und zeigt eine Auswahl diesbezüglicher Projekte und Maßnahmen. Die Publikation soll eine spannende Lektüre bieten und gleichzeitig Vernetzung und Zusammenarbeit unterstützen. Zudem werden dort auch mehrere Aktivitäten im Rahmen der „Guten Gesprächsqualität im Gesundheitssystem“ angeführt.

Im Jahr 2018 wurde die Einführung des e-Impfpasses beschlossen, der die Unzulänglichkeiten des Papierimpfausweises beheben soll. Damit sollen die notwendigen Grundlagen für das öffentliche Gesundheitswesen geschaffen werden, um den Impfstatus der Bevölkerung genauer und zuverlässiger bestimmen zu können. Im Oktober 2020 waren die rechtlichen Voraussetzungen für den Start des Pilotbetriebs gegeben. Aufgrund der COVID-19-Pandemie und der daraus resultierenden Fokussierung auf COVID-19-Impfungen wurde der vorgesehene Pilotbetrieb jedoch stark beschleunigt und auch hinsichtlich der Pilotregion (nicht nur einige, sondern alle Bundesländer, d. h. bundesweit) und der Pilotteilnehmer:innen (nicht nur engagierte, sondern alle impfenden Angehörigen der Gesundheitsberufe) erweitert. Die Impfdaten werden in einem zentralen österreichischen Impfreister gespeichert. Dadurch wird eine vollständige und standardisierte Impfdokumentation ermöglicht.

Auf internationaler Ebene wurde am 17. September wieder der Tag der Patientensicherheit organisiert, der 2020 unter dem Motto „Patientensicherheit und COVID-19. Mit Resilienz Krisen meistern“ ganz im Zeichen der Pandemie stand.

Im November 2020 gaben die Gesundheitsminister der G20-Staaten eine gemeinsame Erklärung zur COVID-19-Pandemie ab, in der die Staaten angesichts der Pandemie bekräftigen, dass es das verankerte Recht eines jeden Menschen – ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Lage – sei, das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit anzustreben. In insgesamt 51 Punkten wird die gemeinsame Erklärung differenziert ausformuliert. Es werden dort Empfehlungen ausgesprochen, wie auf die Pandemie reagiert werden kann und welche gemeinsamen Anstrengungen unternommen werden müssen, um diese Krise zu bewältigen.

Die Generalversammlung der WHO hat im Mai 2019 eine Resolution mit dem Titel „Global Action on patient safety“ (WHA72.6) erlassen, um der Patientensicherheit hohe Priorität beim Aufbau, bei der Gestaltung, beim Betrieb und bei der Performancebewertung des Gesundheitssystems einzuräumen. Um die Resolution umzusetzen und konkrete Maßnahmen aufzuzeigen, hat die WHO im Februar 2020 den „Global Patient Safety Action Plan 2021–2030“ ins Leben gerufen. In Zusammenarbeit mit Mitgliedstaaten und einer Vielzahl weiterer Partner und Organisationen wurde der Aktionsplan erarbeitet, der auch von Österreich unterstützt wird.

Österreich, vertreten durch die GÖG, beteiligt sich seit 2017 an dem Projekt European Joint Action on antimicrobial resistance and healthcare-associated infections (EU-JAMRAI). An der EU-JAMRAI nehmen mehr als 40 Partner und über 30 Stakeholder aus ganz Europa teil. Ihr Ziel ist es, die teilnehmenden EU-Mitgliedstaaten und internationalen Organisationen zusammenzubringen, um einen Beitrag zur Bekämpfung der Antibiotikaresistenzen (AMR) und der gesundheitssystemassoziierten Infektionen zu leisten und somit die Patientensicherheit zu verbessern. 2020 wurde u. a. eine qualitative Studie erarbeitet, bei der Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens zu dem Thema Antimicrobial Stewardship (angemessener und umsichtiger Einsatz von Antibiotika) befragt werden.

### **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.

## Schlüsselwörter

A-IQI, Beirat für Patientensicherheit, EU-JAMRAI, Gute Gesundheitsinformation, Gute Gesprächsqualität im Gesundheitssystem, Gesundheitskompetenz, Gesundheitsversorgung, kliniksuche.at, Krankenhaushygiene, Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement, Patientensicherheit, Primärversorgung, Primärversorgungseinheiten, Qualität, Qualitätsberichterstattung, Qualitätsmessung, Qualitätsstandards



## Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	<b>3</b>
<b>Kurzfassung</b> .....	<b>4</b>
<b>Abkürzungen</b> .....	<b>10</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>12</b>
<b>2 COVID-19-Pandemie und Patientensicherheit</b> .....	<b>14</b>
2.1 Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in puncto COVID-19 .....	14
2.2 Auswirkungen der Pandemie auf die Versorgungssituation .....	16
<b>3 Bundesweite Aktivitäten zur Förderung der Patientensicherheit</b> .....	<b>18</b>
3.1 Primärversorgung .....	18
3.2 Krankenhaushygiene und antimikrobielle Resistenzen.....	19
3.3 Qualitätsberichterstattung und Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement .	21
3.4 Qualitätsinformation für die Öffentlichkeit im Rahmen von kliniksuche.at .....	21
3.5 Messung der Qualität .....	23
3.5.1 Qualitätsmessung im Krankenhaus: A-IQI .....	23
3.5.2 Qualitätsmessung im ambulanten niedergelassenen Bereich .....	25
3.6 Qualitätsstandard Unspezifischer Rückenschmerz.....	25
3.7 Evaluation Brustkrebsfrüherkennungsprogramm – abgeleitete Empfehlungen .....	26
3.8 Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK).....	30
3.9 Gute Gesprächsqualität im Gesundheitssystem.....	31
3.10 Pilotprojekt e-Impfpass.....	34
<b>4 Beirat für Patientensicherheit</b> .....	<b>36</b>
<b>5 Internationale Arbeiten</b> .....	<b>38</b>
5.1 Internationaler Tag der Patientensicherheit .....	38
5.2 G20 Health Ministers’ Declaration.....	38
5.3 Die WHO-Flagship-Initiative „A Decade of Patient Safety 2020–2030“ .....	39
5.4 Joint Action on Antimicrobial Resistance and Healthcare-Associated Infections (EU-JAMRAI).....	41
<b>6 Ausblick</b> .....	<b>42</b>

## Abkürzungen

A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
AGES	Österreichische Agentur für Ernährungssicherheit
AMR	antimikrobielle Resistenzen
BASG	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
BGA	Bundesgesundheitsagentur
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BIRAD	Breast Imaging Reporting and Data System
BKFP	Brustkrebsfrüherkennungsprogramm
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
B-ZV	Bundes-Zielsteuerungsvertrag
COVID	coronavirus disease
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin / Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
EACH	International Association for Communication in Healthcare
ECDC	Europäisches Zentrum für die Prävention und Bekämpfung von Krankheiten
EK	Europäische Kommission
ELGA	elektronische Gesundheitsakte
EU-JAMRAI	European Joint Action on Antimicrobial Resistance and Healthcare-Associated Infections
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GÖGG	Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
IfGP	Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
LKF	leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
NAP-AMR	Nationaler Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz
NAP-MRE	Nationaler Aktionsplan Multiresistente Erreger
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖPGK	Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz
PDF/UA	Portable Document Format / Universal Accessibility
PVE	Primärversorgungseinheiten

QS	Qualitätsstandard
SARS-CoV-2	severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2
UICF	Universal Infection Control Framework
USA	United States of America
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization
WPSD	World Patient Safety Day

# 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 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. Die COVID-19-Pandemie hat gezeigt, wie notwendig dieser Schritt ist, um den akutstationären Bereich größtmöglich entlasten zu können. Das Ziel bleibt weiterhin, eine hohe Behandlungsqualität in Österreich durch die Optimierung von Prozessen und Ressourceneinsätzen sicherzustellen. Informationen dazu sollen für die Bevölkerung transparent dargestellt werden. Pandemiebedingt wurde der Zeitplan für manche dieser Vorhaben nach hinten verschoben.

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. Dies soll unter anderem durch die Etablierung einer zentral zusammengeführten Diagnosen- und Leistungsdokumentation im niedergelassenen Bereich, ähnlich jener im Spitalsbereich, unterstützt werden. Zudem wird daran gearbeitet, die integrierte Versorgung in Österreich zu verbessern und auszubauen, um insbesondere Menschen mit chronischen Erkrankungen besser und abgestimmt mit allen erforderlichen Gesundheitsdiensteanbietern versorgen zu können. Gleichzeitig wird der Fokus auf die Attraktivierung der Rahmenbedingungen für die im Gesundheitswesen tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie die Angehörigen der weiteren Gesundheitsberufe gerichtet. Fortschritte in diesen ausgewählt genannten Bereichen

haben eines gemeinsam: Sie haben 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 2020 gibt wie seine Vorgänger einen Überblick über die wichtigsten bundesweiten und internationalen Aktivitäten zur Verbesserung der Patientensicherheit und bietet einen Ausblick auf die weiteren Arbeiten im darauffolgenden Jahr.

# 2 COVID-19-Pandemie und Patientensicherheit

Das Jahr 2020 war von der COVID-19-Pandemie geprägt. Gravierende Einschnitte in allen Lebensbereichen waren erforderlich, um eine Ansteckungsgefahr möglichst gering zu halten und eine unkontrollierte Ausbreitung des Virus zu verhindern. Die damit einhergehenden gesundheitspolitischen Anstrengungen erforderten oftmals von der Infektionsentwicklung abhängige kurzfristige Entscheidungen, um die Bevölkerung zu schützen und die Überlastung der Spitäler zu verhindern. Es ist nicht das Ziel eines Jahresberichts zur Patientensicherheit, alle Arbeiten zu COVID-19 anzuführen. Dies würde den Rahmen dieser Berichtsreihe sprengen, denn ihr Fokus ist darauf gerichtet, Projekte und Initiativen in ihrer Themenvielfalt vorzustellen, welche die Patientensicherheit gewähren und verbessern sollen. Dennoch werden hier in zwei Abschnitten zwei interessante Themen zu COVID-19 angeführt. Der erste Eintrag beschäftigt sich mit der coronabezogenen Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Der zweite Eintrag zeigt, wie sich die Pandemie auf die Versorgungssituation ausgewirkt hat.

## 2.1 Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in puncto COVID-19

SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2) ist ein neues Coronavirus, das Anfang 2020 als Auslöser der COVID-19-Erkrankung identifiziert wurde, einer systemischen Erkrankung mit Atemwegsfokus, für die es derzeit keine einfache (heilende) medizinische Behandlung gibt.

Da es sich bei SARS-CoV-2 um ein neues Virus handelt, ist die Bevölkerung dem Virus gegenüber „immunologisch naiv“. Zudem sind die Symptome sehr unspezifisch, was dazu führt, dass infizierte Personen oft, ohne von ihrem Infekt zu wissen, in der Öffentlichkeit unterwegs sind und das Virus weitergeben.

Gesundheitspolitisch ist SARS-CoV-2 vor allem deshalb von Bedeutung, weil trotz der vergleichsweise milden Verläufe (nur fünf bis zehn Prozent der Infizierten benötigen eine klinische Behandlung, etwa drei Prozent eine intensivmedizinische Behandlung) die Gesamtzahl der Infizierten zu einer Überlastung des Gesundheitssystems führen kann.

Dies kann zu schwerwiegenden Folgen auch für die Behandlungschancen bei anderen Erkrankungen wie beispielsweise Krebserkrankungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen beitragen. Zudem gibt es Hinweise, dass auch leichte Infektionsverläufe zu milden, aber auch zu schwerwiegenden Langzeitfolgen führen können („Long COVID“).

Nach heutigem Kenntnisstand kann die SARS-CoV-2-Pandemie nur durch das Erreichen einer Grundimmunisierung in weiten Teilen der Bevölkerung beendet werden. Die „natürliche Durchseuchung“ wird dabei aber nicht als gangbarer Weg angesehen, weil sie hohe Kollateralschäden (z. B. eine hohe Sterblichkeit in der älteren Bevölkerung) verursacht und weil nach wie vor unklar ist, ob ein Infekt tatsächlich zu einer längerfristigen Immunität führt. In der Bekämpfung der Corona-Pandemie wurde und wird daher auf nichtpharmazeutische Maßnahmen (Abstand-Halten, Hände-Waschen, Mund-Nasen-Schutz-Tragen, regelmäßiges Testen, reduzierte physische Kontakte) und auf die Corona-Schutzimpfung gesetzt. Diese Strategie setzt jedoch voraus, dass möglichst viele die Sinnhaftigkeit dieser Maßnahmen verstehen und bereit sind, sich impfen zu lassen. In diesem Zusammenhang spielt vor allem die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, d. h. das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten, relevante Gesundheitsinformationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden zu können, eine entscheidende Rolle.

Um herauszufinden, wie ausgeprägt die coronabezogene Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung ist und in welchem Ausmaß die Bevölkerung die Präventionsmaßnahmen mitträgt und bereit ist, sich gegen das Coronavirus impfen zu lassen, wurde 2020 eine Trendstudie mit insgesamt drei Onlineerhebungen durchgeführt – eine während der ersten Corona-Welle (Ende März, n = 1.295) und zwei während der zweiten Corona-Welle (Ende September / Anfang Oktober, n = 1.185 und Ende November / Anfang Dezember, n = 1.020).

Die Ergebnisse der Studie sollen Grundlagen für politische Entscheidungen liefern. Die Zwischenergebnisse der ersten Befragungswelle wurden daher dem Krisenstab des BMSGPK und der GÖG-Corona-Taskforce zur Kenntnis gebracht. Die Ergebnisse der zweiten und dritten Befragungswelle werden derzeit – im Vergleich zur ersten Erhebung – aufgearbeitet und sollen in mehreren Publikationen veröffentlicht und so zugänglich gemacht werden. Ein erstes Factsheet zum Thema Corona-Schutzimpfung und Gesundheitskompetenz wird bereits über die ÖPGK-Website bereitgestellt: [https://oepgk.at/wp-content/uploads/2021/03/factsheet\\_impfbereitschaft\\_final .pdf](https://oepgk.at/wp-content/uploads/2021/03/factsheet_impfbereitschaft_final.pdf).

Da die zweite und die dritte Befragungswelle im Rahmen einer vom deutschen Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unter dem Förderkennzeichen ZMVI1-2520COR009 finanzierten Forschungskoooperation zwischen Deutschland (Universität Bielefeld, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung, und Hertie School Berlin), Österreich (Gesundheit Österreich GmbH) und der Schweiz (Careum Stiftung) durchgeführt wurden, wird es auch Veröffentlichungen zum Vergleich der drei Länder geben.

## 2.2 Auswirkungen der Pandemie auf die Versorgungssituation

Mitte März 2020 wurden bei stark steigenden Infektionszahlen im Rahmen der COVID-19-Pandemie für circa sechs Wochen restriktive gesellschaftliche und gesundheitspolitische Maßnahmen gesetzt („Lockdown“), die letztendlich zu einem Absinken der Zahl positiv auf COVID-19 Getesteter führten, eine Überlastung der Krankenanstalten zu vermeiden halfen und die COVID-bezogene Mortalität eindämmen konnten.

In den Krankenanstalten wurde als Vorbereitung auf potenzielle COVID-19-Fälle und zur Reduktion der Ansteckungsgefahr der Betrieb auf das medizinisch Wesentliche und Vordringliche reduziert. Durch diese Maßnahme wurde eine Kapazitätsreserve geschaffen, um auf ein zum damaligen Zeitpunkt nicht abschätzbares Patientenaufkommen vorbereitet zu sein. Der Lockdown in den Krankenanstalten fand – mit regionalen Unterschieden – im Wesentlichen zwischen Mitte März und Ende April statt, dann erfolgte eine schrittweise Wiederaufnahme des Regelbetriebs.

Die GÖG wurde mit einer ersten *Rapid Analysis* beauftragt, um die Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung darzustellen. Basis dafür bildeten die verfügbaren vorläufigen Daten aus dem stationären Krankenanstaltenbereich in Relation zum Vergleichszeitraum des Vorjahres<sup>1</sup>. Der gesamte niedergelassene und spitalsambulante Bereich ist dabei nicht berücksichtigt, weil zum Zeitpunkt der Analyse vom BMSGPK noch keine Daten zur Verfügung standen.

---

1

Quelle: BMSGK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; vorläufige Daten der Jahre 2019 und 2020, jeweils Jänner bis Juni



Grundsätzlich können in der stationären Versorgung drei Kategorien von Leistungen hinsichtlich Dringlichkeit unterschieden werden:

- AKUT und DRINGEND
  - Grundsätzlich ist in Spitälern die Akutversorgung (z. B. Herzinfarkte, Schlaganfälle, Unfälle) aufrechterhalten geblieben.
- NICHT AKUT, aber DRINGEND
  - Viele Patientinnen/Patienten wurden auch geplant aufgenommen, wenn eine gewisse Dringlichkeit vorlag, z. B. wenn ein:e Patient:in chronische Schmerzen hatte oder eine Krebserkrankung.
- NICHT AKUT und NICHT DRINGEND
  - Viele dieser geplanten Operationen und Untersuchungen wurden während des Lockdowns verschoben, z. B. Katarakt-OPs oder Endoprothesen-OPs. Dazu wurden aktuell keine Auswertungen gemacht.

Zusätzlich wurden noch die Bereiche der psychosozialen Versorgung sowie der Versorgung von Kindern und Jugendlichen beleuchtet.

In den analysierten Bereichen zeigt sich (mit Ausnahme von Schlaganfällen) eine Reduktion der stationären Aufenthalte in den Monaten März bis Mai 2020 im Vergleich zum Vorjahr.

Eine der Ursachen dafür war, dass die Krankenanstalten, als Vorbereitung auf potenzielle COVID-19-Fälle, ihren Betrieb auf das medizinisch Wesentliche und Vordringliche reduzierten und darüber hinaus – abgesehen von medizinisch vordringlichen Fällen – in der Regel keine neuen Termine für Untersuchungen und Behandlungen vereinbarten.

Weiters führten vermutlich Verunsicherung und Ängste in der Bevölkerung zu einer reduzierten Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung auch bei Akut- und Notfällen.

Erfreulich aus Sicht der stationären Versorgung ist, dass während der Pandemie weniger Unfälle stattfanden und auch – vermutlich aufgrund der Abstandsregeln und Hygienevorschriften – weniger Patientinnen/Patienten mit Infektionen stationär aufgenommen werden mussten.

# 3 Bundesweite Aktivitäten zur Förderung der Patientensicherheit

## 3.1 Primärversorgung

In Primärversorgungseinheiten (PVE) kooperieren Allgemeinmediziner:innen, diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Ordinationsassistentinnen und -assistenten sowie Angehörige weiterer Gesundheits- und Sozialberufe an einem Standort als Zentrum oder an mehreren Standorten als Netzwerk. Sie sorgen als multiprofessionelles Team für eine an Gesundheit orientierte und abgestimmte Grundversorgung für den Großteil der Gesundheitsanliegen ihrer Patientinnen und Patienten in allen Lebensphasen. Auf diese innovativen Versorgungsmodelle, die neben umfangreichen Versorgungsangeboten auch attraktive Rahmenbedingungen für die dort tätigen Teammitglieder bieten, haben sich Bund, Länder und die Sozialversicherung bereits 2013 verständigt. Zahlreiche Initiativen des Bundes unterstützen Gründer:innen sowie bestehende Ordinationen dabei, PVE nachhaltig zu etablieren.

Die folgenden zwei Initiativen sollen einen diesbezüglichen Einblick geben und den Einfluss von PVE auf die Patientenversorgung veranschaulichen.

### **Initiative 1: Gründungsinitiative Primärversorgung**

Mit der Gründungsinitiative Primärversorgung bietet das BMSGPK entsprechend dem Grundsatz „Zusätzliche Anforderungen bedürfen zusätzlicher Angebote“ Unterstützungsmaterialien und -leistungen für die Gründung einer PVE. Auf der Website [www.pve.gv.at](http://www.pve.gv.at) stehen u. a. wirtschaftliche, rechtliche und organisatorische Dokumente zu PVE in Österreich zur Verfügung. Mittels persönlicher Gründungsberatungen wurden im Rahmen der Gründungsinitiative bereits zahlreiche Teams in der Aufbauphase ihrer PVE begleitet. Im Rahmen der Gründungsinitiative wurde auch ein kurzes Informationsvideo über die Tätigkeit in PVE produziert, welches auf der Website abrufbar ist.

## **Initiative 2: Empfehlungen für die hausärztliche Primärversorgung während der Pandemie**

Die Pandemie war und ist auch für bestehende Ordinationen eine organisatorische Herausforderung. Um das Infektionsrisiko zwischen Patientinnen und Patienten wie auch Gesundheitspersonal zu minimieren, wurden praxisorientierte Empfehlungen für die Ordinationen der hausärztlichen Primärversorgung mit Vertreterinnen/Vertretern aus der Primärversorgung erarbeitet. Die Empfehlungen zu den wichtigsten Hygiene- und persönlichen Schutzmaßnahmen sowie Konsultationsformen unterstützen dabei, die Versorgung der Patientinnen/Patienten bei allen Gesundheitsanliegen und von Personen mit besonderer Schutzbedürftigkeit – auch in Zeiten hohen Infektionsrisikos – zu gewährleisten. Die Kooperation mit den wesentlichen Vertreterinnen und Vertretern der Primärversorgung trägt dazu bei, praxisorientierte Dokumente zu erarbeiten und zu gewährleisten, dass diese den direkten Weg in die Versorgung finden.

Trotz der Turbulenzen aufgrund der Pandemie entstanden im Jahr 2020 sieben PVE, davon eine in Niederösterreich (Melker Alpenvorland), fünf in der Steiermark (Liezen, Admont, Fehring, Mariazell, Friedberg/Joglland) und eine in Oberösterreich (Linz). Diese Entwicklungen zeigen, dass die Initiativen des Bundes Früchte tragen, Unterstützungsmaßnahmen für zukünftige sowie bestehende PVE gefragt sind und praxisorientierte Dokumente und Grundlagen sowohl einen Mehrwert für die Teams als auch für eine qualitative Patientenversorgung bedeuten. Auch im Jahr 2021 sollen die Kooperation und der Austausch mit den Vertreterinnen/Vertretern aus der Primärversorgung einen großen Stellenwert einnehmen, um zu einer qualitativen Versorgung der österreichischen Bevölkerung beizutragen.

### **3.2 Krankenhaushygiene und antimikrobielle Resistenzen**

Entstehung und 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. Ein weiteres Ziel bildet hier die Senkung der Behandlungskosten durch von Expertinnen/Experten erstellte Handlungsempfehlungen für Gesundheitspersonal. 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.

### **Nationaler Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz (NAP-AMR)**

Antibiotikaresistenzen reduzieren die Behandlungsmöglichkeiten für Patienten/Patientinnen und erhöhen Behandlungskosten und Therapiedauer. Eine effiziente Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen erfordert die intensive Zusammenarbeit einer Vielzahl von Institutionen und Interessenvertretungen. Im österreichischen Gesundheitswesen gab es bereits vor Jahren Projekte und Initiativen zur Reduktion von Resistenzen. Auf Empfehlung des Europäischen Zentrums für die Prävention und Bekämpfung von Krankheiten (ECDC) wurden unterschiedliche Aktivitäten 2013 in einem nationalen Aktionsplan gebündelt. Im Jahr 2018 wurde dieser Nationale Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz 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 (EK) begonnen. Die Arbeiten an diesem interministeriell erstellten Aktionsplan werden 2021 weitergeführt und mit einer Veröffentlichung abgeschlossen.

### **Evaluierung des Qualitätsstandards Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene**

Für die Evaluierung wurde im Sommer 2020 eine bundesweite repräsentative Onlinebefragung zur Feststellung der Bekanntheit, der Umsetzung sowie des Aktualisierungsbedarfs des QS Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene durchgeführt. Die Auswertung erfolgte im Herbst und die Erstellung des Ergebnisberichts im Dezember 2020. Als wesentliche Ergebnisse der Befragung zeigten sich ein sehr hoher Bekanntheitsgrad des Qualitätsstandards und der Umstand, dass er einen wesentlichen Beitrag zur Erfüllung im Qualitätsstandard angeführter Ziele leisten dürfte. Basierend auf dieser Evaluierung, beschloss der Ständige Koordinierungsausschuss eine Verlängerung der Gültigkeit des „Qualitätsstandards Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene“ um drei Jahre.

### **Nationaler Aktionsplan Multiresistente Erreger (NAP-MRE)**

Bedingt durch die COVID-19-Krise konnten die Arbeiten nicht abgeschlossen werden. 2021 soll der bestehende Entwurf überarbeitet und gegebenenfalls um weitere Erreger ergänzt werden. Eine Veröffentlichung ist vorgesehen.

### 3.3 Qualitätsberichterstattung und Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

Die Gesundheit Österreich GmbH betreibt im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur die webbasierte Plattform [www.qualitaetsplattform.at](http://www.qualitaetsplattform.at), 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 2020 hatten Akutkrankenhäuser und stationäre Rehabilitationseinrichtungen erneut die Möglichkeit, auf freiwilliger Basis an der Erhebung der Qualitätssysteme (Berichtsjahr 2019) teilzunehmen. Danach wurden dem BMSGPK ausgewählte Daten zur Veröffentlichung über [kliniksuche.at](http://kliniksuche.at), eine Website für Bürger:innen zur Unterstützung bei einem geplanten Krankenhausaufenthalt, übermittelt.

Über die Qualitätsplattform wurde zudem 2020 in Kooperation mit dem Hebammengremium erstmalig eine Erhebung der hebammenspezifischen Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement durchgeführt. Die Ergebnisse wurden ausgewertet und in einem (nicht veröffentlichten) Bericht zusammengefasst.

Der Fragebogen *Qualitätssysteme in selbstständigen Ambulatorien* wurde mithilfe von Expertinnen und Experten überarbeitet. Im Dezember 2020 wurde ein Pre-Test durchgeführt und die Qualitätsplattform für die im Jahr 2021 geplante verpflichtende Qualitätsberichterstattung der selbstständigen Ambulatorien vorbereitet.

### 3.4 Qualitätsinformation für die Öffentlichkeit im Rahmen von [kliniksuche.at](http://kliniksuche.at)

„Kliniksuche.at unterstützt Sie dabei, ein Krankenhaus nach Ihren Wünschen zu finden. Sicher und unabhängig.“

Kliniksuche.at ist ein Projekt aus der Gesundheitsreform 2013 im Bereich Qualität und Patientensicherheit (Release 6. April 2016), dessen Ausgangspunkt die Ergebnisqualitätsmessung im Krankenhausbereich, kurz A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators), ist.

Kliniksuche.at verfolgt die nachstehenden Ziele:

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

Historie: Gemeinsam mit der Fachhochschule Steyr wurde das Projekt vorbereitet. Es wurde eine empirische Analyse der Einstellung zu Qualitätsdatenpublikation und konkreter Nutzungsbedingungen mit 300 Interviews durchgeführt. Zusätzlich erfolgte ein Usability-Test zum Prototyp 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:

1. Informationen zu Leistungen und Diagnosen (inkl. Bewertung)
2. Informationen zu Krankenhäusern
3. Informationen zu Abteilungen und Ambulanzen

Es sind 51 verschiedene Leistungen (zwei Drittel des operativen Leistungsgeschehens), z. B. Grauer-Star-Operation, Krampfaderoperation, Gallenblasenentfernung, Hüftprothese, und Diagnosen abgebildet. 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.

2020 wurden die Leistungen Bandscheibenoperation, Rotatorenmanschettenoperation und Schulterprothese hinzugefügt sowie mehrere technische Anpassungen betreffend Suchmaschinenoptimierung vorgenommen. Sowohl die Themengebiete als auch die einzelnen Kriterien werden in regelmäßigen Abständen erweitert.

## 3.5 Messung der Qualität

### 3.5.1 Qualitätsmessung im Krankenhaus: A-IQI

Das System Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI) basiert auf einem Beschluss der Bundesgesundheitskommission 2011 und ist gesetzlich verankert. Es nutzt Indikatoren (Ermittlung von Auffälligkeiten) und das Peer-Review-Verfahren (Identifizierung von Optimierungspotenzial) und beinhaltet eine Berichtslegung, bestehend aus einem jährlichen Bericht und kliniksuche.at. A-IQI ist ein ärztlich motiviertes Instrument und bietet eine 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. Entscheidungen über Indikatoren, Peer-Review-Verfahren und die Weiterentwicklung des Systems an sich werden in der A-IQI Steuerungsgruppe getroffen. Die Entwicklung und Weiterentwicklung der Indikatoren finden im Wissenschaftlichen Beirat in enger Zusammenarbeit mit den Wissenschaftlichen Gesellschaften statt.

Neben den regulären Qualitätsindikatoren sind auch Indikatoren aus Zusatzauswertungen und Qualitätsregistern in den A-IQI-Prozess eingebunden:

- reguläre Qualitätsindikatoren: 389 Einzelkennzahlen, Datengrundlage Krankenhausroutinedaten (LKF), IQI werden auch in Deutschland und der Schweiz angewandt (Drei-Länder-Vergleich)
- Zusatzauswertungen: jahresübergreifende pseudonymisierte LKF-Daten (Patientenkarrieren wie z. B. Wiederaufnahmen oder Revisionsraten)
- Qualitätsregister: Die Eingabe der Krankenanstalten erfolgt in eigene Dokumentationssysteme oder Webapplikationen der GÖG.

Das Peer-Review-Verfahren ist ein strukturiertes, systematisches Verfahren und beruht auf einer retrospektiven Krankengeschichtenanalyse. Der Fokus liegt hier auf dem Finden von Lösungen. Das Verfahren dauert einen ganzen Tag und wird grundsätzlich 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) oder Hüftgelenknahe Frakturen (2017).

Um die Nachhaltigkeit von A-IQI gewährleisten zu können, 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)

Ein aktuelles Thema, das 2020/2021 bearbeitet wird, betrifft die Peer-Review-Ergebnisse. Einzelne Verbesserungsvorschläge wiederholen sich in den Verfahren, und zwar unabhängig davon, welcher Themenschwerpunkt bearbeitet wird. Es stellt sich die Frage, was wir lernen können, wenn wir die Gesamtheit der Peer-Review-Ergebnisse themenübergreifend analysieren. Diese schwerpunktübergreifenden Verbesserungsmöglichkeiten oder, einfach ausgedrückt, diese zentralen Themen in der Patientenbehandlung werden im Detail analysiert.

Ein weiterer wichtiger Schritt ist der Einbezug der Pflege in die Peer-Review-Verfahren. In Zusammenarbeit mit der Initiative Qualitätsmedizin starten die Arbeiten dazu 2021.



## 3.5.2 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 um Arbeitsgruppen von sechs bis zwölf Teilnehmenden, die unter Moderation von speziell geschulten Moderator:innen Lösungen für Fragestellungen und/oder Probleme erarbeiten. Im Zuge der Qualitätszirkel werden unterschiedliche Methoden des Qualitätsmanagements eingesetzt.

An den Pilotqualitätszirkeln nahmen niedergelassene Ärztinnen/Ärzte in ausgewählten Pilotregionen in Oberösterreich und der Steiermark teil. 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 skizziert.

Aufbauend auf den Ergebnissen dieser Pilotveranstaltungen wurde ein Umsetzungskonzept für eine österreichweite Etablierung der Qualitätszirkel zum Thema Diabetes mellitus Typ 2 entwickelt, die pandemiebedingt frühestens im Herbst 2021 stattfinden kann.

## 3.6 Qualitätsstandard Unspezifischer Rückenschmerz

Qualitätsstandards sind gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) „beschreibbare Regelmäßigkeiten bzw. Vorgaben hinsichtlich Ausstattung, Verfahren oder Verhalten“ im Erbringen von Gesundheitsleistungen. In diesem Sinne sollen mit Qualitätsstandards bundesweite Mindeststandards für eine strukturierte und qualitätsgesicherte Patientenversorgung im österreichischen Gesundheitssystem festgelegt werden.

Die Zielgruppe des Qualitätsstandards Unspezifischer Rückenschmerz sind Patientinnen und Patienten mit akuten, subakuten, chronischen oder rezidivierenden unspezifischen

Rückenschmerzen. Der Qualitätsstandard wurde auf Basis der 2019 publizierten „Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards (Methodenhandbuch)“ (BMSGK 2019a) erstellt. Der Qualitätsstandard Unspezifischer Rückenschmerz beinhaltet 14 Empfehlungen, basierend auf einem Konzept zur abgestuften Versorgung betreffend den

- Ort der Leistungserbringung im Sinne einer abgestuften Versorgung,
- (Qualitäts-)Indikatoren zur Messung und Evaluierung (der Empfehlungen) des Qualitätsstandards,
- frei zugängliche, IT-gestützte Assessment-Tools, das
- Patienten-Empowerment und das
- Nahtstellenmanagement.

Durch den Qualitätsstandard soll die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen gestärkt werden. Die Empfehlungen zielen darauf ab, die Häufigkeit der Chronifizierung akuter unspezifischer Rückenschmerzen zu vermindern, die Lebensqualität der betroffenen Patientinnen und Patienten zu verbessern und unnötige Belastungen durch nichtindizierte Diagnoseverfahren zu verhindern.

Der Qualitätsstandard Unspezifischer Rückenschmerz wurde im April 2020 von der Bundes-Zielsteuerungskommission zur Veröffentlichung freigegeben (BMSGPK 2020).

### **3.7 Evaluation Brustkrebsfrüherkennungsprogramm – abgeleitete Empfehlungen**

Früherkennungsprogramme richten sich grundsätzlich an eine Population, die keine Anzeichen der jeweils „gesuchten“ Erkrankung aufweist, und stellen somit besondere Anforderungen an die Qualität, die Sicherheit und den Nutzen der gesetzten Maßnahmen. Dem Nutzen einer frühzeitigen Erkennung einer Krankheit und den damit erwarteten besseren Heilungschancen steht ein möglicher Schaden, beispielsweise aufgrund einer Strahlenbelastung, falsch positiver Befunde, Überdiagnosen und Übertherapien, gegenüber.

Seit Jänner 2014 gibt es in Österreich ein bevölkerungsbezogenes Brustkrebsfrüherkennungsprogramm (BKFP) für 45- bis 69-jährige Frauen. Frauen ab 40 und Frauen über 70 Jahre können sich ebenfalls zur Teilnahme anmelden.

Aus bereits erwähnten Gründen ist es von essenzieller Bedeutung, dass das Brustkrebsfrüherkennungsprogramm periodisch evaluiert und seine Zielerreichung gemäß dem Qualitätsstandard Brustkrebsfrüherkennung und dem zweiten Zusatzprotokoll zum Vorsorgeuntersuchungsgesamtvertrag überprüft wird. Das vorrangige Ziel des Brustkrebsfrüherkennungsprogramms ist wie bei jeder Früherkennungsmaßnahme die Reduktion der Sterblichkeit. Diese bildet somit neben der Verbesserung der Lebensqualität einen der wichtigsten Endpunkte bei der Beurteilung eines Früherkennungsprogramms. Ebenso von hoher Relevanz ist hier die Analyse der Frage, ob die Teilnehmerinnen eine informierte Entscheidung zur Teilnahme treffen können.

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) ist gemäß § 15c Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH (GÖGG 2006) dazu berechtigt, diese Programmevaluation und entsprechende Datenauswertungen durchzuführen, und wurde vonseiten der ÖGK mit der Datenhaltung und vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz mit der Programmevaluation beauftragt.

Im Jahr 2020 wurde der zweite Evaluationsbericht veröffentlicht, der Daten von Früherkennungsuntersuchungen der ersten vier Programmjahre 2014 bis 2017 inklusive damit in Zusammenhang stehender und dokumentierter etwaiger Abklärungsuntersuchungen und Tumoroperationen umfasst. Aus den Erkenntnissen der Datenanalysen leitete die GÖG zahlreiche Handlungsempfehlungen ab. Zusätzlich werden im Bericht die Ergebnisse einer Befragung der Zielgruppe des Brustkrebsfrüherkennungsprogramms über ihren Informationsstand betreffend Brustkrebsfrüherkennung im Jahr 2018 dargestellt.

In den Jahren 2016/17 nahmen 41 Prozent der Frauen in der Kernzielgruppe (45 bis 69 Jahre alt) am BKFP teil. Davon wurden zwei Prozent nach der Screening-Mammografie zu einer Abklärungsuntersuchung wiedereinbestellt. In weiterer Folge wurden 2.243 invasive Karzinome entdeckt, was einem Anteil von 432 Karzinomen je 100.000 Untersuchungen bzw. dem 2,1- bis 2,4-Fachen der Hintergrundinzidenz (die Anzahl der jährlichen Neuerkrankungen vor Einführung des Früherkennungsprogramms) entspricht. 57 Prozent der entdeckten invasiven Karzinome hatten einen Durchmesser von 15 Millimetern oder weniger. Die Zeit zwischen Untersuchungstermin und Befunderstellung betrug durchschnittlich 1,7 Werktagen. Weniger als 0,5 Prozent der Befunde wurden nicht innerhalb von 15 Werktagen fertiggestellt.

54 Prozent der Frauen mit einem unauffälligen Screeningbefund 2014/2015 haben in den Jahren 2016/2017 wieder am BKFP teilgenommen.

Intervallkarzinome sind (invasive) Karzinome, die bis zu zwei Jahre nach einer Früherkennungsuntersuchung entdeckt werden. Nach in den Jahren 2014/15 durchgeführten BKF-Untersuchungen wurden im ersten Jahr 373 (37 % der Hintergrundinzidenz für 1988–1990 bzw. 32 % für 2005–2010) und im zweiten Jahr 528 invasive Intervallkarzinome (53 % der Hintergrundinzidenz für 1988–1990 bzw. 46 % für 2005–2010) dokumentiert. Für diesen Zeitraum war der positiv prädiktive Wert der Früherkennungsuntersuchung 0,22, d. h. von 100 Frauen mit einem auffälligen BKF-Befund hatten 22 tatsächlich invasiven Brustkrebs. Die Programmsensitivität betrug in diesem Zeitraum 0,71, d. h. von 100 Frauen, die tatsächlich invasiven Brustkrebs hatten (inkl. Intervallkarzinomen), wurden 71 im Rahmen des BKFP entdeckt. Die Programmspezifität war 0,99, d. h. von 100 Frauen ohne invasiven Brustkrebs wurden 99 als gesund erkannt, wohingegen etwa bei einer von 100 Frauen ohne invasiven Brustkrebs eine Abklärungsuntersuchung veranlasst wurde.

Im gesamten Beobachtungszeitraum 2014 bis 2017 kam bei 65 Prozent der BKF-Untersuchungen Ultraschall zum Einsatz. Rund vier Prozent der Untersuchungen wurden mit BIRADS-3 (Klassifikation in der Brustdiagnostik) befundet, woraufhin die Teilnehmerin nach einem verkürzten Intervall von sechs bzw. zwölf Monaten zu einer zwischengeschalteten Brustuntersuchung eingeladen wurde.

Aufgrund der Datenlage scheinen die Ultraschalluntersuchungen und die Zweitbefundungen nur eine geringe Sensitivitätssteigerung der BKFP-Befunde zu bewirken. Zudem zeigt sich eine sehr hohe Übereinstimmungsrate der Mammografie-Erst- und Zweitbefunde. Dieser Umstand deutet auf einen Verbesserungsbedarf bei der organisatorischen Umsetzung bzw. der Dokumentation hin.

Das Wissen zum Programm hat sich 2018 in der Kernzielgruppe im Vergleich zur Befragung 2016 weiter verbessert. Während es eine deutliche Verbesserung beim Früherkennungswissen gab, blieb das Wissen zu Risikofaktoren niedrig.

Die niedrige Wiedereinbestellungsrate und die kurze Dauer zwischen Untersuchung und Befunderstellung sind als vorteilhaft für die Frauen hervorzuheben, da ein Teil der bildgebenden Abklärung bereits zum Zeitpunkt der Früherkennung mittels Ultraschall durchgeführt wird. Die Brustkrebsdetektionsrate entspricht den Empfehlungen der

europäischen Expertinnen/Experten. Dasselbe trifft auf den Großteil der Indikatoren zur Tumorklassifizierung der im BKFP detektierten Karzinome zu.

In anderen Bereichen des Programms gibt es Verbesserungspotenzial. So bleiben die Teilnahmerate bzw. die Wiederteilnahme sowie die Programmsensitivität bislang hinter den Erwartungen zurück. Die im internationalen Vergleich verhältnismäßig hohe Ultraschallrate ist durch die Programmstruktur des BKFP erklärbar (Ultraschall als Teil der Screeninguntersuchung). Ebenso ist die Rate der zwischengeschalteten Brustuntersuchungen nach einem verkürzten Intervall etwas höher als im europäischen Vergleich – Expertinnen/Experten empfehlen einen Anteil von höchstens einem Prozent. Der Grund für die erhöhte Rate an Intervallkarzinomen lässt sich anhand der Datenlage noch nicht feststellen, da keine Aussage hinsichtlich der Falsch-negativ-Rate der Befunde getroffen werden kann.

Die Befragung der Zielgruppe des Programms zeigt, dass insbesondere Risikofaktoren, Intervall und Teilnahmeregelungen sowie Nutzen und Schaden der Brustkrebsfrüherkennung nicht ausreichend bekannt sind.

Um die Datenqualität zu steigern, sollte die standardisierte Dokumentation bei breiter Einbindung der Gesundheitsdienstleister weiterentwickelt werden. Zur Berücksichtigung aktueller Programmentwicklungen und zur Weiterentwicklung der Programmevaluation wird es als sinnvoll erachtet, für die nächsten Evaluierungsschritte und -berichte das vorliegende Evaluierungskonzept entsprechend anzupassen. Für den zukünftigen Einsatz von Ultraschall und Doppelbefundung wird empfohlen, die organisatorischen und softwaretechnischen Rahmenbedingungen für eine unabhängige und verblindete Dokumentation zu verbessern. Um einen Effekt des Ultraschalls abschätzen zu können, wird vorgeschlagen, gemeinsam mit den Programmpartnern ein entsprechendes Studiendesign für eine Untersuchung innerhalb eines kontrollierten Settings zu entwickeln. Um die Zahl der falsch negativen Befunde schätzen zu können, sollte eine stichprobenartige retrospektive Prüfung der im Rahmen von BKF-Untersuchungen durchgeführten Mammografien bei Intervallkarzinomen durchgeführt werden.

Im Jahr 2021 erarbeitet die GÖG den dritten Evaluationsbericht über die Jahre 2014 bis 2019, der detailliertere Analysen zu Intervallkarzinomen beinhaltet. Zudem ist eine quantitative Analyse der COVID-19-bedingten verringerten Teilnahme am BKFP im Jahr 2020 vorgesehen. Eine Einschätzung möglicher dadurch entstandener Versorgungslücken

bzw. Diagnoseverzögerungen wird nach Verfügbarkeit der pseudonymisierten Daten aus den Krankenanstalten zu einem späteren Zeitpunkt möglich sein.

### **3.8 Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK)**

#### **Internationaler Aktionsmonat für Gesundheitskompetenz**

Den internationalen Aktionsmonat für mehr Gesundheitskompetenz im Oktober 2020 hat die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) zum Anlass genommen, auf Aktivitäten im Zusammenhang mit qualitätsvollen und verständlichen Gesundheitsinformationen aufmerksam zu machen.

Gerade auch in Zeiten der Corona-Krise ist es wichtig, gute Gesundheitsinformationen bereitzustellen. Gute Gesundheitsinformationen sind wissenschaftlich geprüft, zielgruppenorientiert und verständlich. Die ÖPGK unterstützt dabei, sie zu erstellen und zu nutzen sowie „Fake News“ als solche zu erkennen. Eine digitale Toolbox unter <https://oepgk.at/gute-gesundheitsinformation-oesterreich> unterstützt Personen und Organisationen, die Informationen zu Gesundheit und Krankheit herausgeben, finanzieren, verfassen und verbreiten. Darunter finden sich etwa Factsheets, Checklisten, Tipps zum Umgang mit Desinformation sowie die 15 Qualitätskriterien der Guten Gesundheitsinformation Österreich.

Unter dem Motto „Von Guten Gesundheitsinformationen profitieren alle“ wurden die Mitglieder der ÖPGK und interessierte Organisationen aufgefordert, ihre diesbezüglichen Maßnahmen vorzustellen und sich mit der Plattform zu vernetzen. Die große Anzahl von Beiträgen, die eingereicht wurden, zeigt, wie lebhaft sich die Gesundheitskompetenz-Community in Österreich weiterentwickelt. Die Mitglieder der ÖPGK tragen durch ihr Engagement maßgeblich dazu bei, dass die ÖPGK zunehmend als wichtige Partnerin und Ressource – u. a. auch zur Bewältigung der Corona-Krise – gesehen wird.

#### **Das ÖPGK-Magazin gibt Einblick in die Praxis Guter Gesundheitsinformationen**

Eine Auswahl an einschlägigen Projekten und Maßnahmen wurde kompakt in Form eines Magazins aufbereitet und veröffentlicht. Die vorliegende Publikation soll eine spannende

Lektüre bieten und gleichzeitig Vernetzung und Zusammenarbeit unterstützen, indem sie als Handreichung für an Gesundheitskompetenz interessierte Personen und Organisationen dient. Der Fokus der Beiträge wurde auf die Darstellung konkreter Beispiele aus der Forschung und Praxis gerichtet, um das weitere Themenfeld zu veranschaulichen. Das Motto des Aktionsmonats wird im Magazin aus unterschiedlichen Perspektiven aufgegriffen. Die Corona-Pandemie hat deutlich gezeigt, dass Gesundheitskompetenz nicht vernachlässigt werden darf: Gesundheitsinformationen sind allgegenwärtig und müssen so kommuniziert werden, dass sie von der Bevölkerung verstanden werden.

Die steigende Zahl von Informationsangeboten – etwa in Form digitaler Hilfsmittel – ermöglicht zwar ein Mehr an Teilhabe und Selbstbestimmung, führt aber nicht automatisch zu mehr Wissen oder höherer Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Das gilt nicht nur in Krisenzeiten. Immer mehr Menschen müssen in ihrem täglichen Leben – sei es aufgrund einer chronischen Erkrankung, der Pflege einer/eines Angehörigen etc. – (teilweise sehr komplexe) Gesundheitsentscheidungen treffen. Umso wichtiger sind qualitätsvolle, verständliche und evidenzbasierte Gesundheitsinformationen.

Das Magazin steht auf der Website der ÖPGK (<https://oepgk.at/magazin-oepgk>) zur Verfügung.

### **3.9 Gute Gesprächsqualität im Gesundheitssystem**

Internationale Studien zeigen, dass es einen Zusammenhang zwischen Patientensicherheit und der Qualität der Kommunikation zwischen Gesundheitsfachkräften sowie Patientinnen und Patienten gibt. Mangelnde Anamneseerhebung und Fehler in der Gesprächsführung können zu falsch verordneten Therapien führen (Chen et al. 2006). Im ärztlichen Gespräch wird oft verabsäumt, neben der biomedizinischen Perspektive auch den Kontext und die Patientenperspektive zu erfassen und darauf einzugehen – verbunden mit schlechteren Gesundheitsoutcomes, Über- und Fehlinanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen (mehr Hospitalisierungen) und mit höheren Kosten (Weiner et al. 2020). Gute Gesprächsqualität 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 (The Joint Commission 2017).

In Österreich beschloss die Bundeszielsteuerungskommission 2016 eine bundesweite Strategie zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. In Umsetzung dieser Strategie wurden 2018/19 mit finanziellen Mitteln des Dachverbands der österreichischen 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 Trainer:innen bietet nun für unterschiedliche herausfordernde Gesprächssituationen evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Kommunikationstrainings für Vertreter:innen der Gesundheitsberufe nach ÖPGK-tEACH-Standard an.

2020 wurde ein weiterer Trainerlehrgang an der Fachhochschule Campus Wien durchgeführt: „Patientenzentrierte Gesprächsführung evidenzbasiert und effektiv unterrichten“. In einem dreisemestrigen Trainerlehrgang werden 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 Corona-Krise konnte der Lehrgang auch via Fernlehre weitergeführt werden und wird wie vorgesehen 2021 abgeschlossen.

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 werden wird. 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 der Förderung von Patientensicherheit. Das Format wird auch als Onlineversion angeboten.

Neben dem weiteren Aufbau des Trainernetzwerks und der Durchführung von Kommunikationstrainings wurden 2020 vielfältige Beratungen durchgeführt sowie Pilotprojekte und Umsetzungsinitiativen unterstützt (z. B. Der gelungene Patientenkontakt, Gesunde Seestadt, Musterversorgungskonzept und Gesamtvertrag PVE).



Im Zusammenhang mit der Förderung von Patientensicherheit wurde 2020 ein Rechercheprojekt zum Thema „Weiterentwicklung der Patientenrechte zur Stärkung der 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.

Für die Weiterentwicklung der Strategie zur Verbesserung der Gesprächsqualität und der Angebote für Kommunikationstrainings wurde 2020 eine Bedarfs- und Angebotsanalyse im Auftrag der BGA und unter Einbindung vielfältiger Stakeholder durchgeführt. Die Steigerung der Patientensicherheit als ein wichtiges Nutzenargument für die Verbesserung der Gesprächsqualität wurde dadurch noch einmal besonders verdeutlicht.

## 3.10 Pilotprojekt e-Impfpass

### Hintergrundinformationen

Die elektronische Gesundheitsakte ELGA wurde Ende 2015 im stationären Bereich in Betrieb genommen. Seitdem werden die Erfahrungen aus dem Betrieb zur laufenden technischen Optimierung genutzt. Im Jahr 2018 wurde begonnen, ELGA und die darin verfügbaren Dokumente, d. h. Arztberichte und Entlassungsbriefe zu evaluieren und Verbesserungspotenziale aufzuzeigen. In den Jahren danach wurden daraus abgeleitete Anpassungen umgesetzt, wie z. B. in Bezug auf die Benutzerfreundlichkeit des ELGA-Portals. Anfang 2018 wurde die Implementierung von ELGA bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie in Apotheken gestartet. Die Implementierung wurde entsprechend den gesetzlichen Vorgaben im November 2019 abgeschlossen. Die bisherigen Ergebnisse zeigen einen kontinuierlichen Anstieg der ELGA-Nutzung, insbesondere im Bereich der E-Medikation.

Seitdem werden die Services kontinuierlich erweitert, wie z. B. um die Nutzung von ELGA im Labor- und Radiologiebereich sowie im privaten Krankenhaussektor und die Aufnahme von Patientenverfügungen als zusätzlicher Service.

Mit dem weiteren Ausbau der ELGA-Infrastruktur werden die Voraussetzungen geschaffen, um diese Infrastruktur auch für E-Health-Anwendungen wie z. B. den elektronischen Impfpass nutzbar zu machen.

### Die Umsetzung des elektronischen Impfpasses (e-Impfpass)

Mitte 2018 wurde die Einführung des e-Impfpasses beschlossen, der vor allem die Unzulänglichkeiten des Papierimpfausweises beheben soll. Damit sollen zudem die notwendigen Grundlagen für das öffentliche Gesundheitswesen geschaffen werden, um den Impfstatus der Bevölkerung genauer und zuverlässiger bestimmen zu können. Gerade bei Krankheitsausbrüchen kann der e-Impfpass das Krisenmanagement unterstützen. Im Jahr 2019 wurden die notwendigen rechtlichen Grundlagen für den e-Impfpass geschaffen und die Detailkonzepte für dessen technischen Aufbau vorgelegt. Im Oktober 2020 waren die rechtlichen Voraussetzungen für den Start des Pilotbetriebs gegeben. Auf Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission wurde die ELGA GmbH mit der Umsetzung der Pilotphase des e-Impfpasses betraut. Aufgrund der COVID-19-Pandemie und der damit einhergehenden Fokussierung auf COVID-19-Impfungen wurde der vorgesehene

Pilotbetrieb jedoch stark beschleunigt und auch hinsichtlich der Pilotregion (nicht nur einige, sondern alle Bundesländer, d. h. bundesweit) und der Pilotteilnehmer:innen (nicht nur engagierte, sondern alle impfenden Angehörigen der Gesundheitsberufe) erweitert.

Die Impfdaten werden in einem zentralen österreichischen Impfregister gespeichert. Dadurch wird eine vollständige und standardisierte Impfdokumentation ermöglicht. Bürger:innen können über das ELGA-Portal (Zugang über [www.gesundheit.gv.at](http://www.gesundheit.gv.at) mit der Handysignatur) die im e-Impfpass erfassten Impfungen einsehen. Anhand des Impfregisters können zudem epidemiologische Auswertungen wie beispielsweise zu Durchimpfungsraten in der Bevölkerung vorgenommen werden. Diese Möglichkeit der Auswertung ist gerade in Hinblick auf die Feststellung der Durchimpfungsrate bei COVID-19 ein großer Vorteil.

## 4 Beirat für Patientensicherheit

Im Jahr 2013 wurde der Patientensicherheitsbeirat eingerichtet, ein nach § 8 Bundesministeriengesetz 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 werden die Mitglieder für die dritte Funktionsperiode neu bestellt. Die Protokolle des Beirats und die dazugehörigen Unterlagen sind auf der Website des BMSGPK einsehbar<sup>2</sup>.

Im Jahr 2020 fand im Oktober eine Beiratssitzung statt. Hier wurden neben aktuellen Themen wie beispielsweise den Auswirkungen des ersten Lockdowns auf die Versorgungssituation auch weitere Aktivitäten vorgestellt. Folgende Initiativen werden hier besonders hervorgehoben:

### **Probleme mit Lieferungen von Arzneimitteln – Aktivitäten auf nationaler und europäischer Ebene – BASG**

DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche, Leiterin der österreichischen AGES-Medizinmarktaufsicht des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG), stellte das vielschichtige Thema Lieferprobleme und -engpässe in der Arzneimittelversorgung vor. Das BASG hat unter anderem einen runden Tisch/eine Taskforce zum Thema Arzneimittelengpässe ins Leben gerufen, an dem/der sich unterschiedliche Organisationen beteiligt haben. Im

---

<sup>2</sup>

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

Rahmen der Beiratssitzung wurden unter anderem Themen wie die Verhinderung des Parallelexports von Arzneimitteln, Vorratshaltung, Arzneimittelzulassungen und die Lage am europäischen bzw. weltweiten Markt (z.B. Abhängigkeiten durch die in Billiglohnländer verlagerte Herstellung) angesprochen. Die Pandemie hat unter anderem gezeigt, wie wichtig es ist, den Fokus darauf zu richten, dass die noch vorhandene Produktion in Europa erhalten wird und die Abhängigkeit von außereuropäischen Importen reduziert wird.

Am Ende des Vortrags verwies Wirthumer-Hoche auf die Website der AGES. Es wurde dort eine online zugängliche Datenbank für Ärztinnen und Ärzte geschaffen, damit sie sich über Arzneimittel informieren können, zu denen derzeit Vertriebsbeschränkungen existieren. Mit Inkrafttreten der Verordnung zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung mit 1. April 2020 und aufgrund der Arzneimittelbetriebsordnung 2009 sind Zulassungsinhaber bzw. befugte Vertreter:innen des Zulassungsinhabers verpflichtet, jede Einschränkung der Vertriebsfähigkeit für verschreibungspflichtige Humanarzneispezialitäten über den E-Service „Zulassung und Lifecycle ASP“ zu melden. Zudem wird daran gearbeitet, dieses Register nicht nur online anbieten zu können, sondern auch in ELGA zu integrieren. Ärztinnen/Ärzte und Apotheken sollen so umgehend eruieren können, ob ein Medikament derzeit verfügbar ist, und wenn nicht, gegebenenfalls auf eine alternative Arznei wechseln können.

## **Delir und Demenz**

Frau Dr.<sup>in</sup> Jutta Claudia Piswanger-Sölkner und Frau DGKP Karola Putz-Scheicher berichteten zum Projekt „Delir und Demenz: Der Weg zum delirsensiblen und demenzfreundlichen Krankenhaus“. Ausgangspunkt des Projekts war, dass die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung eines Delirs (Zustand geistiger Verwirrung, der sich vor allem durch Störungen des Bewusstseins und Denkvermögens auszeichnet) während eines Aufenthalts im Krankenhaus hoch ist und dass 30 bis 40 Prozent der Delirfälle vermeidbar wären. Ziel dieses Projekts der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes) ist es, Patientinnen/Patienten mit Demenz oder einer Tendenz zu einem Delir frühzeitig zu erkennen und ihnen ihren Bedürfnissen entsprechend zu begegnen. Dazu wurden Lernmodule zu den wesentlichsten Themen interdisziplinär erarbeitet und systematisch implementiert. Zukünftig kommen dabei auch E-Learning-Module zum Einsatz. Eine Befragung der Mitarbeiter:innen zum Thema Delir und Demenz wurde 2015 durchgeführt und 2019 wiederholt. Die Ergebnisse zeigen eine Verbesserung in vielen Bereichen, die auf die Sensibilisierung des Gesundheitspersonals zurückgeführt und daher als Projekterfolg gewertet werden kann.

# 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) erklärt, dessen deklariertes Ziel es ist, mit internationalen Aktionen und medialer Präsenz zur Bewusstseinsbildung in Sachen Patientensicherheit beizutragen.

Der nunmehr 6. Internationale Tag der Patientensicherheit stand unter dem Motto „Patientensicherheit und COVID-19. Mit Resilienz Krisen meistern“ ganz im Zeichen der Pandemie.

## 5.2 G20 Health Ministers' Declaration

Im November 2020 gaben die Gesundheitsminister der G20-Staaten eine gemeinsame Erklärung zur COVID-19 Pandemie ab:

*„Wir bekräftigen das in der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verankerte Recht eines jeden Menschen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Lage. Die COVID-19-Pandemie ist ein noch nie da gewesener gesundheitlicher Notfall, der uns daran erinnert, dass wir alle miteinander verbunden und verwundbar sind. Wir schließen uns der Verpflichtung unserer Staats- und Regierungschefs an, eine gemeinsame Front gegen diese gemeinsame Bedrohung zu bilden. Wir erkennen an, dass die Reaktion auf die COVID-19-Pandemie weltweite Solidarität und eine dringende globale Anstrengung erfordert. Wir rufen zu einer globalen Antwort auf die COVID-19-Pandemie auf.“*

In insgesamt 51 Punkten wurde die gemeinsame Erklärung differenziert ausformuliert, in der unter anderem die Themen angesprochen werden, wie auf die Pandemie reagiert werden kann, welche Anstrengungen unternommen werden müssen, wie die Zusammenarbeit erfolgen soll, welche systemischen Schwächen beseitigt werden sollten, dass eine Zusammenarbeit in Hinblick auf die Entwicklung neuer COVID-19-Testverfahren und -Testungen, Behandlungsmöglichkeiten und Impfungen gegen das Virus von großer Bedeutung ist und dass der Zugang zu medizinischer Ausrüstung gewährleistet sein muss. Weiters wurden Erklärungen zu den Themen abgegeben, wie die Qualität der Versorgung verbessert und das Gesundheitssystem optimiert werden soll und wie digitale Systeme weiterentwickelt und genützt werden sollen. Es wurde die Einrichtung einer Digital-Health-Taskforce befürwortet, die ein Digital Health Guiding Framework for Innovation and Transformation kuratiert und konsolidiert. Die Taskforce soll eng mit der G20-Taskforce für digitale Wirtschaft zusammenarbeiten und den Schwerpunkt auf den Austausch von Best Practices und Strategien für digitale Werkzeuge zur Verbesserung der Pandemieüberwachung, der Reaktionskapazitäten und des Reaktionsmanagements legen, wobei die Erarbeitung notwendiger Änderungen und Richtlinien im Vordergrund stehen soll, um den Einsatz und die Nutzung neuer digitaler Gesundheitslösungen nach einer Pandemie vorantreiben zu können. In diesem Zusammenhang wird auch betont und hervorgehoben, dass Strategien erforderlich sind, um die Patientensicherheit während einer Pandemie größtmöglich gewährleisten und verbessern zu können.

### **5.3 Die WHO-Flagship-Initiative „A Decade of Patient Safety 2020–2030“**

#### **Hintergrundinformationen**

Im Mai 2002 verabschiedete die World Health Assembly (WHA) die „Resolution WHA55.18“. Darin wurden die Mitgliedstaaten aufgefordert, dem Problem der Patientensicherheit größtmögliche Aufmerksamkeit zu schenken und evidenzbasierte Systeme einzurichten und zu stärken, die für die Verbesserung der Patientensicherheit und der Qualität der Gesundheitsversorgung notwendig sind.

Im Oktober 2004 wurde die „World Alliance for Patient Safety (2004–2014)“ für Patientensicherheit als eine Arbeitspartnerschaft zwischen der WHO und externen Experten, Führungskräften des Gesundheitswesens und Berufsverbänden gegründet. Rasch wurde ein Arbeitsprogramm erarbeitet und eine Global Patient Safety Challenge

eingeführt. Zudem hat die World Alliance mit ihrem anfänglichen Arbeitsprogramm eine Reihe wegweisender Initiativen ins Leben gerufen, die während der Laufzeit der Allianz weitergeführt wurden.

Aufbauend auf den bisherigen Arbeiten der WHO zusammen mit der World Alliance for Patient Safety wurden die „WHO Patient Safety Initiatives (2015–2020)“ etabliert. In dieser zweiten Phase des globalen Patientensicherheitsprogramms der WHO wurden wichtige globale Programme zur Patientensicherheit ins Leben gerufen, die mit einer sehr großen Anzahl von Interessengruppen und Partnerschaften entstanden sind wie z.B:

- Medication Without Harm,
- Global Patient Safety Network,
- Global Ministerial Summits on Patient Safety,
- World Health Assembly Resolution (WHA72.6) ‘Global action on patient safety’,
- Global Patient Safety Collaborative,
- World Patient Safety Day (WPSD),
- Patient safety normative guidance and tools.

Die World Health Assembly (WHA) hat im Mai 2019 eine Resolution mit dem Titel „Global Action on patient safety“ (WHA72.6) erlassen, um der Patientensicherheit hohe Priorität beim Aufbau, bei der Gestaltung, beim Betrieb und bei der Performancebewertung des Gesundheitssystems einzuräumen.

### **Global Patient Safety Action Plan 2021–2030**

Um auf die WHA72.6 zu reagieren und konkrete Maßnahmen aufzuzeigen, hat die WHO im Februar 2020 den „Global Patient Safety Action Plan 2021–2030“ ins Leben gerufen. Mit Unterstützung und in Zusammenarbeit mit Mitgliedstaaten und einer Vielzahl weiterer Partner und Organisationen wurde der Aktionsplan erarbeitet. Die Vision des Aktionsplans ist es, dass Menschen in einer Welt leben, in der niemandem im Rahmen der Gesundheitsversorgung Schaden zugefügt wird und jede Patientin/jeder Patient eine sichere und respektvolle Versorgung erhält – jederzeit und überall. Als Mission gilt, dass Richtlinien, Strategien und Maßnahmen auf der Grundlage von Wissenschaft, Patientenerfahrungen, Systemdesigns und Partnerschaften erarbeitet und verbessert werden, um alle Quellen vermeidbarer Risiken und Schäden für Patientinnen/Patienten und Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen zu beseitigen. Das Ziel ist die größtmögliche Reduzierung vermeidbarer Schäden durch unsichere Versorgung, und dies weltweit.



Um das zu erreichen, wurden leitende Grundsätze formuliert und sieben strategische Ziele definiert, die mithilfe 35 konkreter Strategien/Maßnahmen erreicht werden sollen. Die Umsetzung des Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 verlangt eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten, die gemeinsam eine stetige Kontrolle und Evaluierung der Maßnahmen vornehmen. Für die Umsetzung wurden zur Orientierung fünf Meilensteine festgelegt.

Der Patient Safety Action Plan 2021–2030 kann unter folgendem Link abgerufen werden:  
<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

## **5.4 Joint Action on Antimicrobial Resistance and Healthcare-Associated Infections (EU-JAMRAI)**

Österreich, vertreten durch die GÖG, beteiligt sich seit 2017 an dem Projekt European Joint Action on Antimicrobial Resistance and Healthcare-Associated Infections (EU-JAMRAI). An der EU-JAMRAI nehmen mehr als 40 Partner und über 30 Stakeholder aus ganz Europa teil – mit dem Ziel, die teilnehmenden EU-Mitgliedstaaten und internationalen Organisationen zusammenzubringen, um einen Beitrag zur Bekämpfung der Antibiotikaresistenzen (AMR) und der gesundheitssystemassoziierten Infektionen zu leisten und somit die Patientensicherheit zu verbessern.

Die GÖG war in Arbeitspaketen betreffend Maßnahmen zur Prävention gesundheitssystemassoziiierter Infektionen und deren Umsetzung vertreten und war an Arbeiten zum angemessenen Einsatz antimikrobieller Mitteln beteiligt. 2020 wurde u. a. eine qualitative Studie erarbeitet, bei der Fachkundige aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens zu dem Thema Antimicrobial Stewardship (angemessener und umsichtiger Einsatz von Antibiotika) befragt wurden. Weiter wurden Befragungen zum Thema Hygieneprogramme und zu Maßnahmen der Infektionsprävention in Gesundheitseinrichtungen durchgeführt um in der Folge ein Programm der Infektionskontrolle (UICF = Universal Infection Control Framework) zu entwickeln.

Die GÖG arbeitete für die EU-JAMRAI in enger Kooperation mit dem BMSGPK. Das Projekt endete mit Februar 2021.

## 6 Ausblick

Der Ausbruch der Corona-Pandemie hat die Gesundheitssysteme weltweit bis an die Belastungsgrenzen und darüber hinaus gebracht. So dominierte im Jahr 2020 COVID-19 auch die österreichische Innenpolitik und das gesamte Gesundheitswesen. Die Partner der Zielsteuerung-Gesundheit mussten den Zeitplan für viele Aktivitäten neu festlegen. Wie bisher bleibt auch während der COVID-19-Pandemie die wichtigste Maxime der österreichischen Gesundheitspolitik, allen 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.

Die Krise hat uns allen vor Augen geführt, wie wichtig es ist, dass alle Bereiche, vom ambulanten bis zum niedergelassenen und stationären Bereich, optimal zusammenarbeiten. Dabei waren oft schnelle Entscheidungen gefragt, und das neuartige Virus fungierte in manchen Bereichen wie ein Katalysator und beschleunigte die eine oder andere Entwicklung wie beispielsweise die Etablierung des e-Impfpasses. Auch über 2021 hinaus werden die Herausforderungen von COVID-19 bestehen bleiben. Primäres Ziel in dieser Hinsicht wird sein, eine hohe Durchimpfungsrate zu erreichen, um wieder zu einem normalen gesellschaftlichen Leben zurückzukehren. Die Aufarbeitung der Krise wird uns auch in den Folgejahren noch länger beschäftigen und wird das Gesundheitswesen sicherlich nachhaltig beeinflussen. Diese Entwicklung beinhaltet jedoch auch einen positiven Aspekt: Es ist zu hoffen, dass das Gesundheitswesen in Zukunft besser für vergleichbare Krisen gerüstet sein wird.

### **Nachstehend werden einige der regulär für 2021 geplanten Arbeiten angeführt:**

Um herauszufinden, wie ausgeprägt die coronabezogene Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung ist und in welchem Ausmaß die Bevölkerung die Präventionsmaßnahmen mitträgt und bereit ist, sich gegen das Coronavirus impfen zu lassen, wurde 2020 eine Trendstudie mit insgesamt drei Onlineerhebungen durchgeführt. 2021 wird es noch weitere Publikationen zu den Ergebnissen dieser Trendstudie geben.

Im Bereich der Primärversorgung sollen auch im Jahr 2021 die Kooperation und der Austausch mit den Vertretenden aus der Primärversorgung einen großen Stellenwert einnehmen, um zu einer qualitätsvollen Versorgung der österreichischen Bevölkerung beizutragen.

Im Bereich A-HAI (Austrian Healthcare-Associated Infections) ist für 2021 die Erstellung eines gesamtösterreichischen Berichts und die Realisierung eines Visualisierungsinstruments vorgesehen.

2019 wurde in Kooperation verschiedener Bundesministerien mit der Erstellung eines neuen NAP-AMR im Sinne des One-Health-Ansatzes gemäß den Vorgaben der Europäischen Kommission (EK) begonnen. Die Arbeiten an diesem interministeriell erstellten Aktionsplan werden 2021 weitergeführt und mit einer Veröffentlichung abgeschlossen.

In den vergangenen Jahren wurde bereits ein Entwurf zu einem Nationalen Aktionsplan Multiresistente Erreger (NAP-MRE) erarbeitet. Bedingt durch die COVID-19-Krise konnten die Arbeiten 2020 nicht abgeschlossen werden. 2021 soll der bestehende Entwurf überarbeitet und gegebenenfalls um weitere Erreger ergänzt werden. Eine Veröffentlichung ist vorgesehen.

Im Rahmen der Qualitätsberichterstattung ist die verpflichtende Erhebung der Qualitätssysteme in selbstständigen Ambulatorien im Jahr 2021 geplant. Im Anschluss wird wie in den vergangenen Jahren ein österreichweiter Bericht erstellt.

Für kliniksuche.at werden in regelmäßigen Abständen sowohl Themengebiete als auch einzelne Kriterien erweitert. Ein weiterer wichtiger Schritt ist der Einbezug der Pflege in die Peer-Review-Verfahren. In Zusammenarbeit mit der Initiative Qualitätsmedizin starten die Arbeiten dazu 2021.

Im Jahr 2021 erarbeitet die GÖG den dritten Evaluationsbericht zum Brustkrebsfrüherkennungsprogramm über die Jahre 2014 bis 2019, der detailliertere Analysen zu Intervallkarzinomen beinhaltet. Zudem ist eine quantitative Analyse der COVID-19-bedingten verringerten Teilnahme am Brustkrebsfrüherkennungsprogramm im Jahr 2020 vorgesehen.

## Literaturverzeichnis

- B-ZV (2013): Bundes-Zielsteuerungsvertrag Zielsteuerung-Gesundheit
- BMASGK (2019a): Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz Wien
- BMASGK (2019b): Patientensicherheitsstrategie 2.0 – eine österreichweite Rahmenvorgabe. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- BMSGPK (2020): Qualitätsstandard Unspezifischer Rückenschmerz. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
- GÖGG (2006): Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH (GÖGG), BGBl. I Nr. 132/2006, Fassung vom 24. 6. 2015
- KAKuG: Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. Nr. 1/1957, in der geltenden Fassung
- Zielsteuerung-Gesundheit (2017): Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene für die Jahre 2017 bis 2021

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

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

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