

Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in den rechtlichen Grundlagen des Gesundheitswesens

Ergebnisbericht

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

Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in den rechtlichen Grundlagen des Gesundheitswesens

Ergebnisbericht

Autor:in:

Johannes Marent
Regina Aistleithner

Unter Mitarbeit von:

Leonie Holzweber
Katja Podzeit
Reinhard Meixner
Kathrin Maier
Barbara Harold

Projektassistenz:

Petra Groß

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

Wien, im Jänner 2023

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Marent, Johannes; Aistleithner, Regina (2023): Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in den rechtlichen Grundlagen des Gesundheitswesens. Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P10/4/5368 und P10/4/5369

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

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

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Fragestellung

Die Gesundheitsreform sieht Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz als wesentliche Eckpfeiler zur Erreichung der gesundheitspolitischen Ziele an. Trotz vielfältiger Bemühungen zeigt sich, dass dazu weiterer Handlungsbedarf im Gesundheitswesen besteht. Die Frage war, ob dieser Handlungsbedarf auch auf die rechtlichen Grundlagen zutrifft. Das BMSGPK beauftragte die GÖG, die rechtlichen Grundlagen dahingehend zu überprüfen. Neben den allgemeinen rechtlichen Grundlagen wurden im Detail die rechtlichen Grundlagen der ärztlichen Berufe, der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie einrichtungsbezogenen Krankenanstalten und Primärversorgungseinheiten ausgewählt. Diese Auswahl sichert aufgrund der großen Anzahl an Berufsangehörigen und der Bedeutung von Krankenanstalten und PVE im Rahmen der Gesundheitsreform allgemeine Aussagen in Bezug auf die Fragestellung.

Methode

In einem ersten Schritt wurden die zentralen Rechtsgrundlagen und weitere Unterlagen gesichtet. Auf dieser Grundlage wurde literaturgestützt ein Codieraster zur Prüfung der Rechtsgrundlagen erstellt. In einem zweiten Schritt wurden die rechtlichen Grundlagen anhand des Codierasters analysiert und interpretiert. Die Interpretation orientierte sich an den Kriterien der einzelnen Codes. Auf Grundlage der daraus abgeleiteten Erkenntnisse wurden in einem dritten Schritt ausgewählte Expertinnen und Experten befragt. Es ging darum, zu erfahren, was Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Bereichen unter Gesundheitsförderung (GF) und Gesundheitskompetenz (GK) verstehen und wo sie Nachbesserungsbedarf hinsichtlich der Rechtsgrundlagen und weiterer Maßnahmen sehen. Aus der Analyse rechtlicher Grundlagen sowie den Einschätzungen der Expertinnen und Experten wurden Empfehlungen abgeleitet.

Ergebnisse

Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz sind in den allgemeinen rechtlichen Grundlagen enthalten. GF/GK wird jedoch vor allem als von der Krankenbehandlung unabhängige Leistung mit gesonderter Finanzierung konzipiert und damit weniger als integraler Bestandteil jeglichen Patientenkontakts verstanden. Die PVE und die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe haben hinsichtlich GF/GK gegenüber Krankenanstalten und ärztlichen Berufen einen relativ klaren Auftrag. Insgesamt wurde erkannt, dass Begrifflichkeiten kohärenter verwendet und für die jeweiligen Versorgungsbereiche operationalisiert werden sollten. Insbesondere die Rechtsgrundlagen, die die ärztlichen Berufe betreffen, bauen nicht schlüssig aufeinander auf. Durch die Interviews mit Expertinnen und Experten wurde deutlich, dass der kritische Erfolgsfaktor für GF/GK derzeit – quantitativ und qualitativ – in den Personalressourcen gesehen wird. Umgekehrt hängt die Attraktivität der Arbeitsplätze zentral von der Möglichkeit ab, alle Kompetenzen, einschließlich GF/GK, einzusetzen.

Empfehlungen

Die Rahmenbedingungen, insbesondere die Personalausstattung, der kompetenzorientierte Einsatz und Teamarbeit, sind zentrale Grundlagen, damit GF/GK in der Praxis stattfinden kann. Sind diese vorhanden, sollten Kompetenzen im Bereich GF/GK gefordert, gefördert, bewertet und honoriert werden. GF und GK sollten integraler Bestandteil jeglichen Versorgungsbereichs sein. Die Begriffe Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz sind in den Rechtsgrundlagen der Gesundheitsberufe und der Organisationen zu operationalisieren. Das trifft insbesondere auf das Ärztegesetz und auf Krankenanstalten zu. Neben dem starken Fokus auf die PVE sollten GF und GK vor allem im niedergelassenen Bereich der Ärztinnen und Ärzte stärker unterstützt und ausgebaut werden und die Teamarbeit sollte weiter forciert werden. Darüber hinaus gilt es, die Rolle der Patientinnen und Patienten zu stärken und die Einbindung der Nutzer:innen in die Planung von Gesundheitsdienstleistungen weiterzuentwickeln.

Schlüsselwörter

Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz, Gesundheitswesen, Gesundheitsberufe, Gesundheitspersonal

Summary

Research Question

The health reform sees health promotion and health literacy as essential cornerstones for achieving the health policy goals. Despite manifold efforts, it is evident that there is a need for further action in the health care system to achieve this. The research question for the following paper was whether this need for action also asks for legal interventions. The BMSGPK commissioned the GÖG to review the legal foundations in this regard. The focus of the analysis was set on medical professions, the health care and nursing professions, hospitals, and primary health care facilities.

Methods

In a first step, the legal and other documents were reviewed. Therefore, a literature-based coding grid was created. In a second step, the legal bases were analysed and interpreted using the coding grid. In a third step, selected experts were interviewed. The aim was to find out what experts from different fields understand by health promotion (HP) and health literacy (HL) and where they see a need for improvement about the legal foundation and further measures. Recommendations were derived from the analysis of the legal basis and the experts' assessments.

Results

Health promotion and health literacy are included in the general legal foundations. However, health promotion/health literacy is primarily conceived as a supplementary service with separate financing and is thus less understood as an integral part of any patient contact. The PVE and the nursing professions have a relatively clear mandate with regard to HP/HL compared to the hospitals and medical professions. Overall, it was recognized that terminology should be used more coherently and operationalized for the respective areas of cure and care. In particular, the legal bases relating to the medical professions do not build on one another in a coherent manner. The interviews with experts made it clear that the critical success factor for HP/HL is currently seen in human resources and, conversely, that the attractiveness of jobs is centrally dependent on the possibility of using the full competence profile (which also includes HP/HL).

Recommendations

Having enough staff is a central foundation for HP/HL to take place in practice. If these are in place, competencies in the field of HP/HL should be demanded, promoted, evaluated, and rewarded. HP/HL should be an integral part of any care setting. The concepts of health promotion and health literacy should be operationalized in the legal frameworks of health professions and organizations. This is especially true for the physicians act and for hospitals. In addition to the strong focus on primary health care units, health promotion and health literacy should be more strongly supported and expanded, in the field of physicians in individual practice. Furthermore,

the role of patients should be strengthened and the involvement of users in the planning of health services should be further developed.

Keywords

Health promotion, health literacy, health care system, health professions, health care workers

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary	V
Abbildungen.....	VIII
Tabellen	IX
Abkürzungen.....	X
1 Einleitung	1
2 Methode	4
3 Rechtliche Rahmenbedingungen für GF/GK auf Ebene des Gesundheitssystems	9
3.1 Rechtliche Grundlagen und Kompetenzverteilung	9
3.2 GF und GK im Rahmen der Gesundheitsreform Zielsteuerung-Gesundheit	10
3.3 Erkenntnisse	15
4 Gesundheitsberufe.....	16
4.1 Ärztliche Berufe	17
4.2 Gesundheits- und Krankenpflegeberufe	28
4.3 Vergleich ärztlicher Berufe mit Gesundheits- und Krankenpflegeberufen	36
5 Organisationen und Finanzierung	40
5.1 Krankenanstalten	40
5.2 Primärversorgung	46
6 Zusammenfassung der Ergebnisse	50
7 Befragung von Expertinnen und Experten.....	56
7.1 Allgemein	56
7.2 Befunde und Empfehlungen der Expertinnen und Experten	56
7.2.1 Steigerung der Arbeitsplatzattraktivität als Grundvoraussetzung für GF/GK	57
7.2.2 Viele Einzelmaßnahmen – kein Gesamtkonzept	58
7.2.3 Operationalisierung der Begriffe GF und GK für die jeweiligen Versorgungsbereiche	59
7.2.4 GF/GK ist Teamarbeit	60
7.2.5 Stärkung von GF/GK im niedergelassenen Bereich.....	60
8 Empfehlungen	61
8.1 Annahmen/Grundsätze	61
8.2 Empfehlungen bezüglich der Schaffung von Rahmenbedingungen	61
8.3 Generelle Empfehlungen die Rechtsgrundlagen betreffend	62
8.4 Empfehlungen im Hinblick auf die Rechtsgrundlagen einzelner Bereiche	64
9 Key Messages	67
Literatur	69

Abbildungen

Abbildung 3.1:	Versorgungsstufenmodell (ÖSG 2017)	13
Abbildung 4.1:	Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte: Rechtsgrundlagen und Zuständigkeiten	18
Abbildung 4.2:	Zuordnung der Begriffe zu Fachbereichen in der KEF-RZ-V: Gesundheitsförderung, Prävention, Vorsorge, Vorbeugung, Gesundheitskompetenz.....	20
Abbildung 4.3:	Begriffshäufigkeit in den Rechtsgrundlagen.....	21
Abbildung 4.4:	Lehrveranstaltungen im Rahmen der Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte mit Fokus auf GF/GK.....	26
Abbildung 4.5:	Rechtsgrundlagen und Zuständigkeiten für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege auf tertiärem Niveau	30
Abbildung 4.6:	Lehrveranstaltungen im Rahmen der Ausbildung der GuK-Berufe mit Fokus auf GF/GK.....	34
Abbildung 4.7:	Begriffsverwendung prozentuell innerhalb der jeweiligen Rechtsgrundlage	38

Tabellen

Tabelle 2.1:	Fokus der Analyse.....	5
Tabelle 2.2:	Analyseraster.....	7
Tabelle 2.3:	Interviewte Expertinnen und Experten, zugeordnet nach Bereichen	8
Tabelle 4.1:	Ärztliche Berufe: Überblick über die analysierten Dokumente.....	18
Tabelle 4.2:	Lehrveranstaltungen im Rahmen der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten mit Fokus auf GF/GK.....	27
Tabelle 4.3:	GuK-Berufe: Überblick über die analysierten Dokumente.....	29
Tabelle 4.4:	Lehrveranstaltungen im Rahmen der GuK-Berufe mit Fokus auf GF/GK.....	35
Tabelle 6.1:	Visualisierung der Einschätzung über die Verankerung von GF/GK auf unterschiedlichen Ebenen in den Rechtsgrundlagen.....	51
Tabelle 6.2:	Begründung der Einschätzung über die Verankerung von GF/GK auf unterschiedlichen Ebenen in den Rechtsgrundlagen.....	52

Abkürzungen

ÄAO	Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin / zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin / zum Facharzt (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 – ÄAO), BGBl. II Nr. 147/2015 i.d.g.F.
ÄrzteG	Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG), BGBl. I Nr. 169/1998, i.d.g.F.
BQLL AUFEM	Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2018
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
B-ZK	Bundes-Zielsteuerungskommission
FH-GuK-AV	FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung, BGBl. II Nr. 200/2008, i.d.g.F.
GewO 1994	Gewerbeordnung, BGBl. Nr. 194/1994, i.d.g.F.
GF	Gesundheitsförderung
GK	Gesundheitskompetenz
GQG	Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG), BGBl. I Nr. 179/2004, i.d.g.F.
GRUG 2017	Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017, BGBl. I Nr. 131/2017
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, BGBl. I Nr. 108/1997, i.d.g.F.
G-ZG	Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, BGBl. I Nr. 26/2017, i.d.g.F.
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957
KEF-RZ-V	Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin / zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin / zum Facharzt sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse, Prüfungszertifikate und Ausbildungsbücher (KEF und RZ-V 2015), Stammfassung beschlossen von der Vollversammlung der Österreichischen Ärztekammer im Rahmen des 131. Österreichischen Ärztekammertages am 19. 6. 2015, i.d.F. 5. Novelle beschlossen von der Vollversammlung der Österreichischen Ärztekammer am 17. 12. 2021
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
ÖSG 2017	Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017, Textband, vom 30. Juni 2017 inklusive der bis 7. Oktober 2022 beschlossenen Anpassungen
PA-PFA-AV	Pflegeassistentenberufe-Ausbildungsverordnung; BGBl. II Nr. 301/2016, i.d.g.F.
Patientencharta	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta), BGBl. I Nr. 153/2022
PrimVG	Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz – PrimVG), BGBl. I Nr. 131/2017, i.d.g.F.
PV-GV	Gesamtvertrag für Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungs-Gesamtvertrag), abgeschlossen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer, Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte am 24. 4. 2019

RSG	Regionale Strukturpläne Gesundheit
SV-OG	Sozialversicherungs-Organisationsgesetz BGBl. I Nr. 100/2018
VUG	Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2017, BGBl. I Nr. 26/2017
B-VG	Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (Bund – Länder), BGBl. I Nr. 98/2017
ZS-G	Zielsteuerung-Gesundheit
ZSV	Zielsteuerungsvertrag

1 Einleitung

Mit der Gesundheitsreform im Jahr 2005 wurden wesentliche Weichen für eine Hinwendung zu einem gesundheitsförderlichen Gesundheitswesen gestellt. Ziel war ein patientenorientiertes Gesundheitswesen, das sektorenübergreifend entlang eines Krankheitsverlaufs zusammenarbeitet. Die bisher stark institutionenbezogene Sichtweise galt es zu überwinden. Gesundheitsleistungen sollten in einem gesundheitsförderlichen Umfeld erbracht und Qualitätsstandards auch unter Berücksichtigung der Grundprinzipien der Gesundheitsförderung entwickelt werden. Ein wesentliches Grundprinzip der Gesundheitsförderung ist laut der WHO-Ottawa-Charta 1986 die Selbstbestimmung. Für das Gesundheitswesen bedeutet dies, Patientinnen und Patienten in die Behandlungsprozesse einzubinden und Mitarbeiter:innen in die Gestaltung der Arbeitsabläufe zu involvieren. Darüber hinaus sollte durch die Gesundheitsreform die Kooperation zwischen Gesundheitssektoren und damit auch zwischen den Gesundheitsberufen gestärkt werden. Auch auf der Ebene des Finanzierungssystems sollte die Reform zur Optimierung des Ressourceneinsatzes führen. Dazu wurden Maßnahmen forciert, u. a. für eine kürzere Verweildauer im Krankenhaus, eine vermehrte Leistungserbringung im ambulanten Bereich und die Reduzierung unnötiger Mehrfachleistungen.

Bereits ab 1998 wurden auf der Grundlage des Gesundheitsförderungsgesetzes jährlich Mittel nach Maßgabe des jeweiligen Finanzausgleichs für Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information zur Verfügung gestellt. Der Rechnungshof bemängelte jedoch bereits 2014, dass im österreichischen Gesundheitswesen weiterhin ein Großteil der öffentlichen Mittel in die kurative Versorgung fließt und weniger als zwei Prozent in die Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten (Rechnungshof 2014). Im Kontrast dazu würde Deutschland 3,7 Prozent für GF und Prävention ausgeben. Der Bericht beanstandete für den Bereich GF zudem eine fehlende umfassende Planung, Erfassung und Evaluierung von Maßnahmen. Die Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK) beschloss in der Folge im Rahmen des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes (G-ZG) im Jahr 2014, BGBl. I Nr. 29/2014, eine Gesundheitsförderungsstrategie und es wurden finanzielle Mittel für den Bereich GF bereitgestellt. Von den Ausgaben her zu urteilen, fokussiert das Gesundheitswesen nach wie vor unausgewogen stark auf die kurative Medizin und weniger auf die Förderung von Gesundheit, obwohl Ausgaben im Bereich GF als Zukunftsinvestitionen gelten können und sich volkswirtschaftlich lohnen (Fördermayr et al. 2020). Gegenwärtig werden vom Rechnungshof vor allem die zu geringe Verbindlichkeit und die fehlende langfristige Finanzierungssicherheit im Hinblick auf Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung kritisiert (Rechnungshof 2023).

Gesundheitsförderung im Sinne einer Einbeziehung der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsprozesse steht in einem engen Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz. In Bezug auf die GK hat Österreich beim Health Literacy Survey 2012 (HLS-EU 2012) schlecht abgeschnitten. Die Daten der Gesundheitskompetenzerhebung für 2019 zeigen weiterhin Verbesserungsbedarf in den Bereichen Navigation und Digitalisierung (Griebler et al. 2021). Im Bereich der ärztlichen Gespräche gibt es seitens der Patientinnen und Patienten den Wunsch, stärker eingebunden zu werden (Griebler et al. 2021). Auf der Ebene der Zielgruppen stoßen vor allem Personen mit chronischen Erkrankungen sowie Personen mit geringerer Bildung auf Hürden in der Versorgung. Die

geringere GK der österreichischen Bevölkerung im Vergleich zum EU-Durchschnitt kann auch im engen Zusammenhang mit dem generellen Gesundheitsstatus gesehen werden. In Österreich ist zwar die Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen, nicht jedoch aliquot dazu die gesunden Lebensjahre (Czypionka et al. 2016). Laut dem aktuellen Rechnungshofbericht ist die Anzahl der gesunden Lebensjahre zwischen 2014 und 2019 sogar um 1,6 Jahre zurückgegangen (Rechnungshof 2023). Da die österreichische Bevölkerung bei den kognitiven Fragen der Gesundheitskompetenzbefragung gut abgeschnitten hat (HLS-EU 2012), ist die geringe GK weniger den intellektuellen Fähigkeiten als gewissen Eigenarten des österreichischen Gesundheitswesens zuzuschreiben (Nowak et al. 2019). Dazu können etwa die Fragmentierung im Hinblick auf die Zuständigkeiten, die Dominanz der ärztlichen Berufe, die etwa die Zusammenarbeit mit anderen Berufen sowie die partizipative Einbindung der Patientinnen und Patienten erschweren, sowie die starke Krankenhauszentrierung genannt werden (Nowak et al. 2019). Die Ziele der Gesundheitsreform von 2005 werden nur gelingen, wenn die bestehenden Einrichtungen und die Gesundheitsberufe den Wandel hin zu einem an Gesundheit orientierten Gesundheitswesen mittragen.

Vor dem Hintergrund dieser Ausgangslage beauftragte das BMSGPK die GÖG, zu untersuchen, inwieweit die Rechtsgrundlagen, die das Gesundheitswesens betreffen, hinsichtlich der GF und GK den Wandel von einem krankheits- bzw. pathogenetisch orientierten Krankenversorgungswesen zu einem gesundheits- bzw. salutogenetischen Gesundheitswesen befördern. In Abstimmung mit dem Auftraggeber wurden stellvertretend für Organisationen Krankenanstalten und PVE im Sinn des PrimVG sowie ärztliche Berufe und Gesundheits- und Krankenpflegeberufe als die beiden größten Berufsgruppen im Gesundheitswesen ausgewählt. Zum Abgleich der Analyseergebnisse wurden Interviews mit Expertinnen und Experten aus den jeweiligen Bereichen geführt.

Die Verfügbarkeit von Gesundheitspersonal einschließlich dessen Verbleib im Gesundheitswesen ist dabei als kritischer Erfolgsfaktor zu beachten. Dafür sind Rahmenbedingungen wie attraktive Arbeitsbedingungen für alle Gesundheitsberufe, u. a. die Einbeziehung der Mitarbeiter:innen in die Gestaltung der Arbeitsabläufe, erforderlich. Angesichts der Informationen über gesperrte Stationen in Krankenanstalten, verschobene Operationen aufgrund von Personalmangel etc. und der demografischen Entwicklung ist dies umso dringlicher.

Aufbau des Berichts

Der Bericht umfasst nach der Beschreibung der Methodik in Kapitel 2 sechs weitere inhaltliche Kapitel. Kapitel 3 bietet eine überblicksmäßige Analyse der rechtlichen Rahmenbedingungen für GF/GK auf der Ebene des Gesundheitssystems. Kapitel 4 widmet sich der vertieften Analyse von rechtlichen Regelungen zu Ausbildung und Berufsbild von ärztlichen Berufen und Gesundheits- und Krankenpflegeberufen sowie einem diesbezüglichen Vergleich der beiden Berufsgruppen. Kapitel 5 beinhaltet ausgewählte Aspekte zu GF/GK in Krankenanstalten und PVE gemäß PrimVG. Kapitel 6 fasst die maßgeblichen Inhalte und Ergebnisse der Interviews mit Expertinnen und Experten zusammen. Kapitel 7 gibt einen zusammenfassenden Überblick über die Ergebnisse der Analyse der rechtlichen Grundlagen und der Interviews. Kapitel 8 enthält aus den Gesamtergebnissen des Kapitels 7 abgeleitete Empfehlungen. Kapitel 9 fasst alle Kapitel mit zentralen Aussagen als Key Messages zusammen.

Der Bericht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern versucht trotz der Einschränkung auf die rechtlichen Grundlagen bestimmter – aus Sicht der Autorinnen und Autoren sowie des Auftraggebers relevanter – Bereiche die wesentlichen Themen auf dem Weg zur Umsetzung der gesundheitspolitischen Zielsetzung aufzugreifen.

2 Methode

Fragestellung und Fokus der Analyse

Ziel der vorliegenden Arbeit ist, eine Grundlage für die Weiterentwicklung der rechtlichen Verankerung von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in relevanten Bereichen des Gesundheitswesens zu schaffen. Auf Basis einer Literaturanalyse und in Abstimmung mit dem Auftraggeber wurden wesentliche Handlungsfelder im Gesundheitswesen definiert, in denen eine verstärkte Verankerung von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz erwirkt werden soll, und folgende Forschungsfragen konzipiert:

- » Wie und in welchem Umfang sind GF und GK in den aktuellen rechtlichen Regelungen im Zuständigkeitsbereich des Bundes im Gesundheitswesen berücksichtigt?
- » Wie und in welchem Umfang sind GF und GK in den aktuellen Regelungen zur Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie der ärztlichen Berufe (Allgemeinmedizin und Sonderfächer) berücksichtigt?

Die folgende Arbeit legt damit das Augenmerk auf die rechtlichen Grundlagen im Zuständigkeitsbereich des Bundes, auch gemeinsam mit den Ländern, der Sozialversicherung oder den Kammern, hier insbesondere der Österreichischen Ärztekammer (siehe Tabelle 2.1). Nicht berücksichtigt werden Rechtsbereiche, bei denen ausschließlich bzw. vorrangig die Länder für die Gesetzgebung zuständig sind, wie beispielsweise im Bereich der Sozialhilfe sowie stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen. Ebenfalls nicht im Fokus stehen weitere Politikfelder wie etwa Umwelt und Soziales, in denen Gesundheit ebenfalls eine zentrale Rolle spielt.

Im Handlungsfeld der Gesundheitsberufe wird auf die gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe fokussiert. In Abstimmung mit dem Auftraggeber wurde die Untersuchung auf die zwei größten Berufsgruppen im Gesundheitswesen, nämlich Gesundheits- und Krankenpflegeberufe gemäß GuKG (d. h. Pflegeassistenz, Pflegefachassistenz und gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege) sowie die ärztlichen Berufe gemäß ÄrzteG, beschränkt. Beide sind auf europäischer Ebene harmonisierte Berufsgruppen mit europarechtlichen Mindestanforderungen an Ausbildungsdauer, -umfang und Kompetenzen. Allein aufgrund der großen Zahl der Angehörigen dieser beiden Gesundheitsberufe wirkt sich ein Kulturwandel innerhalb dieser Berufe, so die Überlegung, auf das gesamte Gesundheitswesen aus. Die Analyse umfasst die Berufsgesetze, die Ausbildungsverordnungen und mit Curricula und Studienplänen sämtliche Ausbildungsgrundlagen, die auf den Websites der Ausbildungsstätten eingesehen werden konnten.

Auf der Ebene der Organisation und Finanzierung wurden Krankenanstalten gemäß KAKuG sowie für den niedergelassenen Bereich Primärversorgungseinheiten gemäß PrimVG in die Analyse einbezogen. Ausgeklammert wurden Rehabilitationseinrichtungen und Kuranstalten. Zentrale Dokumente in diesem Bereich sind das KAKuG sowie das PrimVG und der Primärversorgungs-Gesamtvertrag (PV-GV). Ebenfalls einbezogen wurden zentrale Planungsinstrumente wie die Zielsteuerung-Gesundheit (ZS-G), der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖGS) und das Gesundheits-

qualitätsgesetz (GQG). Zentrale Rechtsquellen auf der Ebene der Finanzierung stellen das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) und das Gesundheitsförderungsgesetz (GfG) dar. Die Perspektive der Nutzer:innen sowie Patientinnen und Patienten wird ebenfalls anhand dieser Rechtsgrundlagen analysiert und über den Codieraster (siehe folgende Ausführungen) erfasst.

Tabelle 2.1:
Fokus der Analyse

Fokussierte Bereiche	Rechtsgrundlagen	Weitere Dokumente
Gesundheitsberufe		
ärztliche Berufe	ÄrzteG, ÄAO, KEF-RZ-V	Österreichischer Kompetenzlevelkatalog, Humanmedizin-Curricula (Med Uni Wien, Med Uni Graz, Med Uni Innsbruck, JKU Linz, PMU, Karl Landsteiner, SFU)
Gesundheits- und Krankenpflegeberufe	GuKG, FH-GuK-AV, PA-PFA-AV	Offenes Curriculum PA-PFA, FH-Curricula (FH Campus Wien, FH Vorarlberg, FH St. Pölten, FH Salzburg, FH Krems, FH Joanneum, FH Burgenland, FH Wiener Neustadt)
Organisation und Finanzierung des Gesundheitssystems		
Krankenanstalten	KAKuG	GQG, G-ZG, ÖSG
Primärversorgung	PrimVG, PV-GV	GQG, G-ZG, ÖSG
Finanzierung	KAKuG, ASVG, GfG	LKF, ICD-10, ICPC-2

Quelle: GÖG

Begriffsdefinitionen

Unter **Gesundheitsförderung** wird im vorliegenden Bericht eine Perspektive verstanden, die sich am sozialen Modell von Gesundheit (Naidoo/Wills 2019, 32ff) orientiert. Gesundheit wird dabei weiter gefasst als die Abwesenheit von Krankheit. Gesundheit soll aktiv gefördert und ausgeweitet werden. Auch in der Krankenbehandlung, so die Überlegung, sollten sämtliche Leistungen gesundheitsfördernde Elemente beachten. Krankheit und Gesundheit werden dabei als Kontinuum verstanden. Die bzw. der Kranke ist nicht ausschließlich krank, sondern ebenfalls gesund. Bei einer einseitigen Orientierung an Krankheitsdiagnosen werden Gesundheitsressourcen häufig übersehen. Ziel des Projektes ist, zu erkennen, inwiefern in den rechtlichen Grundlagen eine salutogenetische Perspektive verankert ist bzw. ob eine unausgewogen starke Orientierung an Krankheit sowie ihrer Diagnostik und Behandlung vorherrscht.

Der zweite Aspekt, unter welchem im vorliegenden Projekt die Rechtsgrundlagen untersucht worden sind, ist jener der **Gesundheitskompetenz**. Dieser Begriff hat selbst einen Wandel durchgemacht und ist zunächst stark auf individuelle Kompetenzen ausgerichtet gewesen. Diese umfassen sozial-kognitive Fähigkeiten, um Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und darauf aufbauend Entscheidungen zu treffen (Sørensen et al. 2012). Parker hat darauf aufbauend auch die situativen Anforderungen in den Fokus gerückt (Parker 2009; Parker/Ratzan

2010). Das heißt, das Gesundheitssystem selbst kann auch dazu beitragen, dass Gesundheitsinformationen nutzerorientiert (z. B. verständlich und zugänglich) angeboten werden. Dafür braucht es auf Gesundheitskompetenz ausgerichtete Gesundheitsberufe und -einrichtungen. Im Rahmen des Projektes ist analysiert worden, inwiefern die rechtlichen Grundlagen eine Basis für ein solches gesundheitskompetentes Gesundheitssystem schaffen. Zentral dafür sind berufs- und organisationsrechtliche Bestimmungen, die eine Grundlage dafür schaffen, ob etwa Informations- bzw. Gesprächsqualität, Zugänglichkeit, Einbindung der Nutzer:innen etc. gesetzlich überhaupt eingefordert werden.

Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz sind nicht unabhängig voneinander zu betrachten, sondern bedingen sich gegenseitig. Gesundheitskompetenz kann sowohl ein zentrales Fundament für Gesundheitsförderung als auch ein Outcome von Gesundheitsförderungsmaßnahmen sein (Gugglberger 2019). Eine strikte analytische Trennung von GF und GK ist für die vorliegende Untersuchung hinderlich. Es geht darum, zu erkennen, wie stark die rechtlichen Grundlagen an Gesundheit orientiert sind, das schließt ihre gezielte Förderung sowie gesundheitskompetente Organisationen und Berufe mit ein. Grundsätze wie Einbindung und Empowerment sind wesentliche Aspekte sowohl von GF als auch von GK.

Analyseraster

Auf Basis dieser Überlegungen sind zentrale Dimensionen für beide Begriffe formuliert und ist ein Analyseraster entwickelt worden. Dieser nimmt auf die 2020-Standards der gesundheitsfördernden Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (HPH-Network 2020) Bezug und passt sie an das vorliegende Vorhaben an. Der konzipierte Analyseraster wurde durch verschiedene Projektmitarbeiter:innen unabhängig voneinander anhand unterschiedlicher Rechtsgrundlagen getestet. Dabei ist darauf geachtet worden, ob die Codes einheitlich verwendet, welche Stellen mit ähnlichen Codes mehrfach codiert bzw. welche Codes kaum angewandt worden sind. Auf Basis dieses Pretests sind die Codes erneut angepasst worden. Das Ergebnis dieses Prozesses ist in Tabelle 2.2 dargestellt.

Tabelle 2.2:
Analyseraster

Code-Nr.	Code	Beschreibung
0	Fokus Gesundheit	Die Förderung von Gesundheit ist als Ziel, Aufgabe und Kompetenz verankert. » Hierbei wird der Fokus auf die Gewichtung gelegt und wie Gesundheit und Krankheit definiert werden (etwa welche Begrifflichkeiten verwendet werden: Gesundheitsförderung, Prävention, Vorsorge, Vorbeugung etc.).
1	Niederschwelligkeit	Der Zugang zur Gesundheitsleistung ist gewährleistet. Auf Bedürfnisse bestimmter Zielgruppen wird geachtet. » Erreichbarkeit » Transparenz » Zugang zu Informationen » Übersetzungsleistungen » soziokulturelle Akzeptanz, Sensibilität für gesundheitliche Ungleichheit
2	Personenzentrierung	Gesundheitsleistungen werden an die Bedürfnisse der Person angepasst. Personen und deren Angehörige werden in die Diagnose und den Behandlungsprozess eingebunden. » Assessment des individuellen Informationsbedarfs » verständliche Kommunikation » Einbindung von Patientinnen und Patienten, Angehörigen sowie Laiinnen und Laien (Koproduktion von Gesundheit, „informed consent“, „shared decision making“)
3	Zusammenarbeit	Zusammenarbeit zwischen den (Gesundheits-)Berufen ist verankert. Integrierte Versorgungsleistungen sind verankert. » intra-, inter- und multiprofessionelle Zusammenarbeit » Zusammenarbeit zwischen Organisationen
4	Gesundes Arbeitsumfeld	Auf die Gesundheit der Mitarbeiter:innen wird geachtet, u. a. mit Rahmenbedingungen wie etwa Supervisionen, GF am Arbeitsplatz, Erhebung der Gesundheitsbedürfnisse). Mitarbeiter:innen werden in Entscheidungen, die sich auf die Arbeitsabläufe und das Arbeitsumfeld auswirken, eingebunden (Partizipation). Individuelle GK wird gefördert/gestärkt. » Rahmenbedingungen » Partizipation » individuelle GK
5	Fokus Gesellschaft	Der Fokus auf Gesundheit und deren Ressourcen geht in der Behandlung über die unmittelbare Zielgruppe wie etwa Patientinnen und Patienten hinaus. » Fokus auf die Gesundheit der Bevölkerung bzw. Bevölkerungsgruppen » Fokus auf die Förderung der Umwelt
6	Organisation	Verantwortung zur Implementierung von GF und GK in der Organisation ist auf organisationaler Ebene explizit verankert und wird evaluiert. » Evaluation von GF/GK
7	Finanzierung	Leistungen für GF und GK werden finanziert.

Quelle: GÖG

Die Rechtsgrundlagen sind mit oben stehendem Analyseraster (Tabelle 2.2) systematisch ausgewertet und interpretiert worden. Die folgende Darstellung der Bestandsanalyse erfolgt ergebnisorientiert, d. h., es werden die jeweils wichtigsten Ergebnisse hervorgehoben. In der Zusammenfassung der Ergebnisse wird dann explizit auf die Codes Bezug genommen, um dadurch einen Überblick zu erhalten, welche der im Codieraster definierten Dimensionen von GF/GK in welchem Ausmaß verankert sind. Die Analyseergebnisse sind anschließend in 17 Interviews mit insgesamt

23 Expertinnen und Experten aus den Bereichen Ausbildung, Organisation, Recht und Finanzierung diskutiert worden (siehe Tabelle 2.3). Zudem sind Potenziale erhoben worden, wie das Gesundheitssystem weiter in Richtung GF und GK entwickelt werden kann. Die Ergebnisse der Auswertung zur Befragung finden sich in Kapitel 7.

Tabelle 2.3:
Interviewte Expertinnen und Experten, zugeordnet nach Bereichen

Bereich	Anzahl
ärztliche Berufe (Ausbildung und Berufsbild)	4
GuK-Berufe (Ausbildung und Berufsbild)	4
Krankenanstalten	5
Primärversorgungseinheiten	4
Finanzierung	1
Vertretung von Patientinnen und Patienten	1
Vertretung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern	1
GF/GK-Expertinnen und Experten	3
Gesamt*	23

*17 Interviews mit jeweils 1 bis 4 Personen

Quelle: GÖG

3 Rechtliche Rahmenbedingungen für GF/GK auf Ebene des Gesundheitssystems

Einführung

Kapitel 3 enthält eine Analyse jener Regelungen, die die gesundheitspolitische Ausrichtung von Einrichtungen des Gesundheitswesens, der Gesundheitsberufe und ihrer Finanzierung – auch hinsichtlich GF/GK – beeinflussen. Ausgangspunkt ist dabei die aktuelle Gesundheitsreform mit der Zielsteuerungsperiode 2017–2021. Dem vorangestellt ist ein Überblick über die rechtliche Ordnung des Gesundheitswesens in Österreich als föderalem Staat mit einem Mehrebenensystem (Multilevel Governance) und ihre Auswirkungen auf die Entscheidungsfindung und Implementation politischer Entscheidungen. Dem folgen eine Übersicht über wesentliche Ziele der Gesundheitsreform anhand des Versorgungsstufenmodells sowie Ausführungen zur Planung des Gesundheitswesens und zur Qualitätssicherung. Abschließend werden die wesentlichen Erkenntnisse aus den vorangehenden Ausführungen abgeleitet.

3.1 Rechtliche Grundlagen und Kompetenzverteilung

Allgemein

Das österreichische Gesundheitssystem ist aufgrund der verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung dadurch gekennzeichnet, dass Themensetzung, Entscheidungsfindung und Implementation politischer Entscheidungen auf mehrere Politikebenen und auf zahlreiche Akteure verteilt sind (Bachner et al. 2019). So ist der Bund beispielsweise für Regelungen, die auf Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG („Gesundheitswesen“), Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG (Sozial- und Vertragsversicherungswesen) sowie hinsichtlich bundesweiter Kammern auf Art. 10 Abs. 1 Z 8 B-VG (Einrichtung beruflicher Vertretungen [...]) beruhen, zuständig. Hingegen ist der Bund für Regelungen über Krankenanstalten gemäß Art. 12 Z 1 B-VG (Heil- und Pflegeanstalten) nur hinsichtlich der Grundsatzgesetzgebung zuständig und die Länder sind es für die Ausführungsgesetzgebung. Wesentlich ist darüber hinaus der sogenannte „Konsultationsmechanismus“. Diese 1999 eingeführte Vereinbarung gemäß Art. 15a-BVG zwischen Bund, Ländern und Gemeinden (BGBl. I Nr. 35/1999) gibt in Bezug auf das Gesundheitswesen insbesondere den Ländern die Möglichkeit, bundesgesetzliche Regelungen mit finanziellen Auswirkungen auf die Länder zu beeinspruchen. Da die Länder für die Gesundheitsversorgung im jeweiligen Bundesland zuständig sind, ist diese Regelung im Gesundheitswesen von großer Bedeutung.

Gesundheitspolitische Weichenstellungen und Vorhaben von überregionaler Bedeutung, die die Zuständigkeit mehrerer der o. a. Akteure berühren, werden daher über Verträge zwischen dem Bund und einem oder mehreren bzw. allen Bundesländern oder über Verträge der Länder untereinander als Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG geregelt. Solche Vereinbarungen binden nur die Vertragspartner, unmittelbare Rechte und Pflichten für Bürger:innen bzw. in Österreich lebende Personen oder Unternehmen ergeben sich daraus nicht. Dafür sind Vereinbarungen gemäß

Art. 15a B-VG mittels Bundes- bzw. Landesgesetzen umzusetzen. Aktuelle Beispiele dafür sind etwa die Art.-15a-B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 98/2017, und die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 98/2017.

Zudem beeinflussen EU-Regelungen politische Entscheidungen und innerstaatliche Regelungen. Als Beispiele hierfür können etwa die Krankenanstaltenarbeitszeit-Richtlinie (Richtlinie 2003/88/EG) sowie die Berufsanerkennungsrichtlinie (RL 2005/36/EG) genannt werden.

Aufgrund der komplexen Zuständigkeiten nutzt die Gesundheitspolitik nicht nur Gesetze und Verordnungen als Gestaltungsmittel, sondern auch Regelungen mit geringerer Verbindlichkeit bzw. Regelungen, die – wie beim Primärversorgungs-Gesamtvertrag (PV-GV) – nur die jeweiligen Vertragspartner binden. So ist beispielsweise der ÖSG, das zentrale Planungsinstrument für das Gesundheitswesen, ein „objektiviertes Sachverständigengutachten“ (§ 59k Z 1 KAKuG). Weiters gibt es eine Vielzahl von Verträgen wie die Zielsteuerungsverträge (ZSV), beispielsweise im Bereich des Bundes den aktuellen ZSV 2022–2023, abgeschlossen zwischen dem Bund, dem Dachverband der Sozialversicherungsträger und den Ländern. Des Weiteren wäre der zwischen dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger (jetzt: Dachverband) und der ÖÄK abgeschlossene PV-GV zu nennen. Noch geringere Verbindlichkeit haben beispielsweise Bundesqualitätsleitlinien (§ 4 Abs. 2 GQG), die lediglich Empfehlungscharakter haben. Dass solche Instrumente ohne rechtliche Verbindlichkeit politisch erforderlich sind, zeigt die Tatsache, dass seit Inkrafttreten des GQG keine – gemäß § 4 Abs. 2 GQG verbindliche – Bundesqualitätsrichtlinie erlassen worden ist.

3.2 GF und GK im Rahmen der Gesundheitsreform Zielsteuerung-Gesundheit

Vor einer differenzierten Betrachtung in den Kapiteln 4 und 5, wie sehr GF/GK in den rechtlichen Regelungen von ärztlichen Berufen, GuK-Berufen, Krankenanstalten und PVE verankert sind, ist zu untersuchen, inwieweit Regelungen im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform, ausgehend von den beiden o. a. Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG aus dem Jahr 2017, auf GF/GK Bezug nehmen. Die zwei zentralen Regelungen auf Grundlage der Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG des Jahres 2017 sind das G-ZG sowie die Regelung von Primärversorgungseinheiten im PrimVG. Beide Gesetze haben den „zielgerichteten Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention“ zum Ziel, das auch ein wesentlicher Baustein der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit ist (RV 1333 BlgNR 25. GP EB 7).

Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz und Zielsteuerungsvertrag

Gemäß G-ZG verpflichten sich Bund und die gesetzliche Krankenversicherung, *„sich bei Maßnahmen an den Rahmen-Gesundheitszielen zu orientieren, um Voraussetzungen zu schaffen, die die Gesundheit der Bevölkerung durch Maßnahmen in allen Politikfeldern erhalten, fördern und wiederherstellen“* (§ 4 G-ZG). Das Gesundheitsziel 10 „Qualitativ hochstehende und leistbare Gesundheitsversorgung für alle sicherstellen“ ist die evidente Verschränkung mit den Gesundheitszielen

und bezieht sich auf die Gesundheitsreform. Bund und Krankenversicherung haben darüber hinaus ihre Maßnahmen im Rahmen der ZS-G auf Bundes- und Landesebene an Public-Health-Grundsätzen der WHO zu orientieren und die Multiprofessionalität unter anderem in der Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken (§ 4 G-ZG).

Für die Stärkung zielgerichteter und abgestimmter Gesundheitsförderung und Prävention (§ 9 G-ZG) hat die Krankenversicherung sicherzustellen, dass die in den Landesgesundheitsfonds eingerichteten „Gesundheitsförderungsfonds“ fortgeführt werden. Die Mittelverwendung und -vergabe hat sich an den Rahmen-Gesundheitszielen und deren Qualitätskriterien zu orientieren (§ 9 Abs. 1 G-ZG). Die Mittelverwendung muss den von der B-ZK dazu beschlossenen Grundsätzen und Zielen entsprechen. Projekte dürfen nicht den grundsätzlichen Zielsetzungen des ZS-V auf Bundesebene und der Landes-Zielsteuerungsübereinkommen widersprechen. Die Länder können über die Landes-Zielsteuerungskommission regionale Gesundheits- und Versorgungsziele festlegen (§ 13 Abs. 2 G-ZG). Die Grundsätze und Ziele für die Mittelverwendung zur Stärkung der Gesundheitsförderung und für die Entwicklung von entsprechenden Projekten zur Gesundheitsförderung werden von der B-ZK beschlossen (§ 26 Abs. 4 Z 1 lit. l und n G-ZG). Für den Krankenanstaltenbereich wurden 3,5 Millionen Euro u. a. für „wesentliche Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme“ vorgesehen (§ 56 Abs. 6 Z 2 lit. c KAKuG).

Auch das ASVG nimmt hinsichtlich GF auf das G-ZG Bezug (§ 9 G-ZG). Die Sozialversicherungsträger haben Richtlinien zu erlassen, um „Gesundheitsförderung und Prävention mit Bezug auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen oder Verhältnisse sowie Krankheitsrisiken, präventiv beeinflussbare Krankheiten oder Bedarfe spezifischer Bevölkerungsgruppen“ (§ 30a Abs. 1 Z 17 ASVG) zu stärken. Auch im Leistungsspektrum der Krankenversicherung wird festgehalten, dass dieses eine „zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung (Salutogenese) und Prävention“ (§ 116 Abs. 1 Z 5) abzudecken hat.

Wie bereits 2005 initial geregelt, normiert auch das G-ZG die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären Bereich in den ambulanten Bereich (§ 6 Abs. 2 Z 1 G-ZG).

Ebenso fortgesetzt geregelt wird die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung durch die aktive Beteiligung der Betroffenen in Entscheidungsprozessen (§ 8 G-ZG).

Das Gesundheitsziel 10 „Qualitativ hochstehende und leistbare Gesundheitsversorgung für alle sicherstellen“ beinhaltet u. a. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und die Erhöhung der Gesundheitskompetenz. Hinsichtlich der Gesundheitskompetenz überschneidet sich das Ziel 10 mit dem Ziel 3 „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“. Im ZSV 2022–2023 wird zwischen dem allgemeinen Ziel 3 und dem Ziel 10 nicht ausdrücklich unterschieden. Das wäre aber gegebenenfalls geboten, zumal sich die Rahmenbedingungen für die Stärkung der GK in Akutkrankenanstalten beispielsweise gänzlich von jenen außerhalb der Einrichtungen des Gesundheitswesens unterscheiden.

Der ZSV 2017–2021 berücksichtigt GF/GK mit dem strategischen Ziel 3 „Gesündere Bevölkerung“ sowie mit den operativen Zielen „Stärkung der Gesundheitskompetenz“ (op. Ziel 10) und „Entwicklungen in der Gesundheitsförderung und Prävention“ (op. Ziel 11). Die zugehörigen Maßnahmen

und Zielgrößen adressieren dabei explizit jedoch weder Einrichtungen des Gesundheitswesens noch die Gesundheitsberufe hinsichtlich ihrer übergeordneten grundsätzlichen Aufgaben der GF und GK (Haindl et al. 2022).

Auch der ZSV 2022–2023 enthält zu den o. a. operativen Zielen mit einem „u. a. laufenden Ausbau des Gesundheitsportals www.gesundheit.gv.at, [der] Verbesserung der Gesprächsqualität, [der] Umsetzung von geeigneten Standards für gute schriftliche Gesundheitsinformation“ Maßnahmen auf Bundesebene sowie auf Landesebene mit der „Durchführung von Maßnahmen und ‚Best Practice‘-Projekten zur Förderung individueller und organisationaler Gesundheitskompetenz; z. B. zur verbesserten Gesprächsqualität (inkl. Evaluierung)“; sehr spezifische Maßnahmen (siehe ZSV 2022–2023).

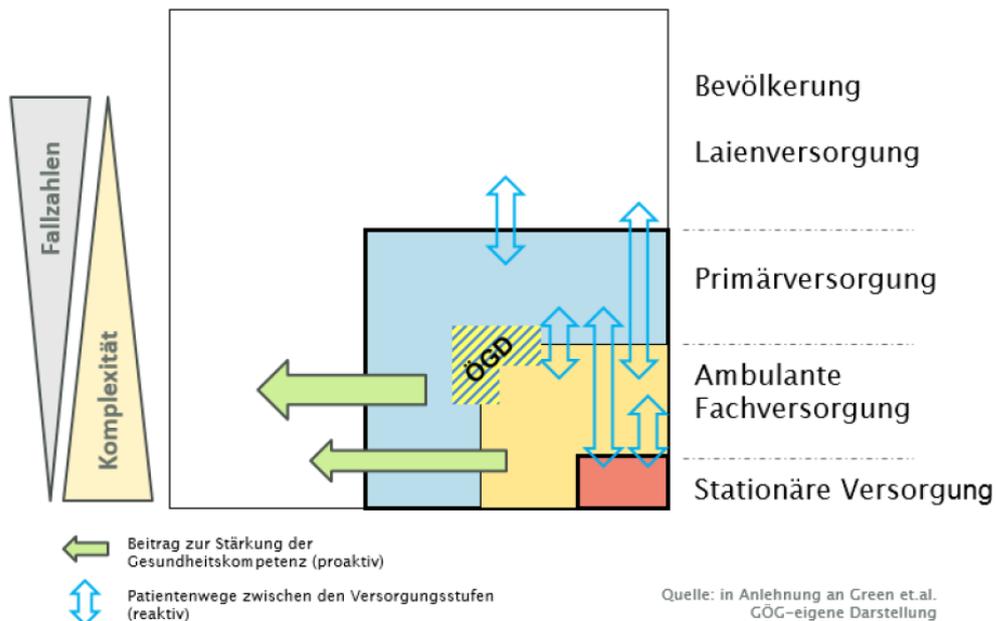
Allerdings fehlt die grundsätzliche Auseinandersetzung mit der Frage, welche Aufgaben die jeweiligen Einrichtungen des Gesundheitswesens – von niedergelassenen, freiberuflich tätigen Angehörigen von Gesundheitsberufen bis hin zu Akutkrankenanstalten einschließlich der Nahtstelle zu nachbehandelnden Einrichtungen bzw. Dienstleisterinnen und Dienstleistern – hinsichtlich GF/GK erbringen sollen, und mit der Frage der dafür erforderlichen Kompetenzen aller Gesundheitsberufe.

Versorgungsstufenmodell

Ein zentrales Element der Gesundheitsreform ist in Bezug auf GF/GK das Versorgungsstufenmodell (Abbildung 3.1). Die Darstellung verdeutlicht die Abkehr von einer institutionenzentrierten hin zu einer patientenbezogenen Orientierung des Gesundheitswesens (vgl. dazu RV 1333 BlgNR 25. GP 6). Abbildung 3.1 stellt dar, dass die stationäre Versorgung in Krankenanstalten allen anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens hinsichtlich der Fallzahlen nachgeordnet ist. Überdies verweist die Grafik darauf, dass die Menschen vor Eintritt in das Gesundheitssystem bei Krankheitssymptomen eigenständig oder in Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich Maßnahmen setzen. Genau diese Zusammenarbeit soll mit der gesundheitspolitisch forcierten Stärkung des niedergelassenen Bereichs – einschließlich der ambulanten Fachversorgung – ausgebaut werden (zur Primärversorgung gemäß PrimVG siehe Kapitel 4.2). Die in Abbildung 3.1 als „Primärversorgung“ bezeichnete Versorgungsstufe umfasst aber mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und anderen Gesundheitsberufen weit mehr als eine Primärversorgung gemäß PrimVG. Dieser weitaus größere und versorgungswirksamere Bereich bleibt aber von den oben angeführten Planungsinstrumenten im Gesundheitswesen unberührt, zumal er in den Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Landesärztekammer und den jeweiligen Sozialversicherungsträgern, vorrangig der ÖGK, fällt.

Der zielgerichtete Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention gemäß § 9 G-ZG wird in der Abbildung 3.1 im Hinblick auf die Visualisierung des proaktiven Beitrags zur Stärkung der Gesundheitskompetenz dargestellt. Allerdings wird dem keine Bedeutung an der Nahtstelle zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich beigemessen (siehe grüne Pfeile). Im Gegensatz dazu versteht der ÖSG GF und Prävention als Teil eines funktionierenden Nahtstellenmanagements und verweist in Bezug auf das Aufnahme- und Entlassungsmanagement auf die BQLL AUFEM.

Abbildung 3.1:
Versorgungsstufenmodell (ÖSG 2017)



Planung des Gesundheitswesens

Das G-ZG enthält Bestimmungen zur Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur und damit zum ÖSG, zu den RSG und den Krankenanstaltenplänen (§§ 18 bis 24 G-ZG). Hier ist aus Sicht der GF/GK die Berücksichtigung des Sozialbereichs bei der integrativen Versorgungsplanung in Bezug auf das Nahtstellenmanagement und die die Gesundheitsversorgung ergänzenden Versorgungsstrukturen, z. B. den psychosozialen und Pflegebereich (§ 18 Abs. 2 Z 2 G-ZG), erwähnenswert. Genau für diesen Punkt wären die Aufgaben von und Anforderungen an Akutkrankenanstalten genauer zu betrachten, insbesondere vor dem Hintergrund einer immer kürzeren Verweildauer in KA auch bei hochkomplexen Erkrankungen bzw. bei entsprechend hohen Anforderungen an die weiterbetreuenden Einrichtungen und Personen wie beispielsweise nach Organtransplantationen. Die patientenbezogene Schulung und Beratung der weiterbetreuenden Einrichtungen und Personen wären dabei ein wesentlicher Faktor, damit eine Wiedereinweisung in eine KA vermieden werden kann. Dies entspricht dem geforderten nahtlosen Übergang zwischen den Einrichtungen (§ 18 Abs. 6) und der Patientenorientierung (§ 18 Abs. 4 G-ZG); siehe dazu auch die Ergebnisse der Befragung von Expertinnen und Experten im Kapitel 7.

Der ÖSG ist seit 2006 insbesondere hinsichtlich Strukturqualität für die stationäre Akutversorgung, die ambulante Versorgung einschließlich Primärversorgung und für die Rehabilitation das zentrale Planungsinstrument. Er enthält die Rahmenvorgaben für die Planungen der Länder in den

RSG. Er berücksichtigt auch die Beziehungen zwischen diesen Versorgungsbereichen im Sinne einer integrativen und patientenorientierten Versorgungsplanung. Der ÖSG ist seit 2013 Bestandteil der Gesundheitsreform (ZS-G). Aspekte von GF und GK sind im ÖSG vielfältig berücksichtigt. Diese betreffen den ambulanten und stationären Bereich jedoch unterschiedlich. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz sowie Aufklärung, Schulung, Anleitung und Beratung sind dabei Aufgaben, die vor allem dem ambulanten Bereich zugeordnet werden. Interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit sind wiederum Qualitätskriterien, die sowohl dem ambulanten als auch dem stationären Bereich zugeordnet werden. Die Qualitätskriterien für den stationären Bereich gehen auch mit Mindestanforderungen an Personal und apparative Ausstattung einher. Diese Messgrößen fehlen für den ambulanten Bereich. Bei den einzelnen Fachbereichen wurden im ÖSG 2017 erstmals nicht nur ärztliche Berufe, sondern alle zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Gesundheitsberufe angeführt, die einen wesentlichen Beitrag bei der Therapie von Patientinnen und Patienten leisten.

Darüber hinaus enthält der ÖSG u. a. auch Ausführungen zu Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme, verweist auf die Qualitätsberichterstattung und die Patientensicherheitsstrategie.

Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

Das G-ZG regelt Grundsätzliches zur „Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen“ und verweist dabei auf das GQG. Ebenen der Qualitätsarbeit sind Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (§ 7 Abs. 1 G-ZG). Wesentlich ist hier, dass im Bereich der Strukturqualität die Kriterien im ÖSG festgelegt werden (§ 7 Abs. 4 G-ZG). Dies ist als Sonderbestimmung zu § 5 Abs. 2 GQG zu verstehen. Demnach hat *„die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen verbindliche Strukturqualitätskriterien für die Erbringung von Gesundheitsleistungen zu entwickeln. Diese Strukturqualitätskriterien sind bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen einzuhalten, unabhängig davon, in welcher Organisationsform diese erbracht werden“* (§ 5 Abs. 2 GQG). Das KAKuG beispielsweise nimmt dabei vielfach auf den ÖSG Bezug.

Das Qualitätssystem muss bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsgruppenübergreifend sein und auch den ambulanten Bereich miteinschließen. Die Patientensicherheitsstrategie ist ein wesentlicher Teil davon (§ 7 Abs. 1 G-ZG). Das zentrale Instrument des GQG sind Qualitätsstandards. Diese Qualitätsstandards können von der Bundesministerin bzw. dem Bundesminister für Gesundheit als Bundesqualitätsleitlinien (BQLL) empfohlen oder als -richtlinien (BQRL) durch Verordnung erlassen werden. Das heißt, Qualitätsstandards einschließlich BQLL sind im Gegensatz zu BQRL nicht verbindlich. Derzeit gibt es in Österreich eine Handvoll BQLL wie z. B. die für das gegenständliche Thema relevante BQLL zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (AUFEM), aber noch keine BQRL. Die Anwendung der BQLL AUFEM wird im Rahmen der verpflichtenden Qualitätsberichterstattung für den stationären Bereich abgefragt. Bestimmte Daten dieser verpflichtenden Qualitätsberichterstattung sind Teil des öffentlichen Informationsportals „Kliniksuche“. Die Qualitätsberichterstattung erstreckt sich über Akutkrankenanstalten hinaus auch auf stationäre Rehabilitationseinrichtungen und selbstständige Ambulatorien; siehe dazu <https://qualitaetsplattform.goeg.at/#/service/berichte> (Abruf: 26. 1. 2023).

3.3 Erkenntnisse

Hinsichtlich GF und GK lassen sich folgende zentrale **Erkenntnisse** ableiten:

- » GF wird in den oben analysierten Rechtsgrundlagen in der Regel als eine von der einzelnen Krankenbehandlung unabhängige Leistung mit gesonderter Finanzierung im Rahmen von Projekten bzw. Programmen verstanden. Das heißt, sie wird nicht grundlegend als integraler Bestandteil jeglichen Kontakts mit Patientinnen und Patienten verstanden, was jedoch für einen umfassenden Wandel des Gesundheitssystems hin zu einer salutogenetischen Ausrichtung wesentlich wäre.
- » Offen bleibt damit, ob die Stärkung der Gesundheitskompetenz als Element von Patientenorientierung (§ 8 G-ZG) eine aktive Beteiligung der Betroffenen an Entscheidungsprozessen der bzw. jeder Gesundheitsdienstleistung in Einrichtungen des Gesundheitswesens wie z. B. Krankenanstalten sein soll oder sich nur auf davon losgelöste Aktivitäten bezieht (siehe dazu die Ausführungen zur Befragung der Expertinnen und Experten in Kapitel 7).
- » Diese Unklarheiten, ob GF/GK eine gesonderte Leistung oder im Sinne einer salutogenetischen Ausrichtung integraler Bestandteil ist bzw. sein soll, ziehen sich in allen Bereichen dieses Berichts durch (siehe insbesondere die PVE in Kapitel 5.2 sowie die Befragung der Expertinnen und Experten in Kapitel 7). Der Zusammenhang mit Finanzierungsfragen wird damit evident.
- » Die geforderte Stärkung der Multiprofessionalität in der Versorgung trifft gegenwärtig ausschließlich auf die derzeit 39 Primärversorgungseinheiten gemäß PrimVG zu.
- » Multiprofessionalität, GF/GK und Planung auf der Versorgungsstufe Primärversorgung gemäß Versorgungsstufenmodell sind ausschließlich auf Einheiten gemäß PrimVG beschränkt (siehe zu diesem Manko auch die Befragung der Expertinnen und Experten in Kapitel 7).
- » Im Zusammenhang mit dem VUG 2017 wurden keine Änderungen im KAKuG oder in den ärztrechtlichen Regelungen in Richtung GF/GK bzw. salutogenetische Ausrichtung oder dahingehende weitere Anpassungen der Patientenrechte vorgenommen.

4 Gesundheitsberufe

Einführung

Gesundheitsberufe sind auf Grundlage des Kompetenztatbestandes Gesundheitswesen (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG) gesetzlich geregelte Berufe, deren Berufsbilder die Umsetzung von Maßnahmen zur Obsorge für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung umfassen. *„Darunter sind Tätigkeiten im Rahmen der Gesundheitsversorgung zu verstehen, die unmittelbar am bzw. unmittelbar oder mittelbar für den Menschen zum Zwecke der Förderung, Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit im ganzheitlichen Sinn und in allen Phasen des Lebens erbracht werden.“* (BMSGPK 2020, 4) Für die gesetzliche Regelung der Gesundheitsberufe ist der Bund im Rahmen der verfassungsrechtlichen Kompetenz für das Gesundheitswesen zuständig. Die Zuständigkeiten für die konkreten Regelungen der Ausbildungen ist jedoch stark ausdifferenziert (siehe dazu Abbildung 4.1 und Abbildung 4.2).

Die Berufsrechte aller Gesundheitsberufe enthalten Regelungen über das jeweilige Berufsbild. Das sind Aufgaben-, Zuständigkeits- und Verantwortungsbereiche, Berufspflichten, Ausbildung, Zugang zur Berufsberechtigung, Berufsbezeichnung, Berufsausübung etc. Ein wesentliches Kennzeichen gesetzlich geregelter Gesundheitsberufe ist ein Tätigkeits- bzw. Berufsvorbehalt entsprechend dem jeweiligen Berufsbild. Dieser Vorbehalt bezieht sich auf Maßnahmen im Rahmen der Krankenbehandlung, soweit eine Maßnahme ein „Mindestmaß an Rationalität“ (siehe bspw. OGH 30. 11. 2004, 4 Ob 217/04x) aufweist, andernfalls auf für Patientinnen und Patienten bzw. Personen gefährliche Maßnahmen. Diese Kriterien grenzen die Gesundheitsberufe auch von gesundheitsbezogenen Gewerben gemäß § 2 Abs. 1 Z 11 GewO 1994, BGBl. Nr. 194/1994, ab. Maßnahmen der GF/GK sind daher in der Regel von dem Vorbehalt nicht erfasst, außer GF/GK ist untrennbar mit der Krankenbehandlung verbunden oder ihre Durchführung erfordert das typischerweise durch die Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf vermittelte umfassende Wissen (siehe bspw. OGH 30. 11. 2004, 4 Ob 217/04x).

Die österreichischen Regelungen der Gesundheitsberufe weisen mit einem außerordentlich weit gezogenen ärztlichen Tätigkeitsfeld, auch als Arztprimat oder Arztvorbehalt bezeichnet, ein Spezifikum auf (Aigner et al. 2022, III/15). Diese Regelungen schaffen eine fachliche Hierarchie zwischen Ärztinnen und Ärzten und vielen Gesundheitsberufen, unabhängig davon, ob der Beruf als Angestellte:r oder freiberuflich ausgeübt wird¹. Diese Hierarchie zeigt sich zudem in Regelungen des ASVG. Hier werden unter Krankenbehandlung ärztliche Hilfe, Heilmittel und Heilbehelfe angeführt (§ 133 ASVG). Die Leistungen einiger anderer – freiberuflich tätiger – Gesundheitsberufe werden als „der ärztlichen Hilfe gleichgestellte“ Leistungen definiert (§ 135 ASVG). Dazu zählen

1

Im Angestelltenverhältnis ist arbeitsrechtlich immer eine Hierarchie verankert. Neben dieser arbeitsrechtlichen Hierarchie besteht hier aber auch eine berufsrechtliche Hierarchie, d. h. eine fachliche im ärztlichen bzw. medizinischen Bereich. Diese Hierarchie besteht sowohl bei einer Angestellten- als auch bei einer freiberuflichen Tätigkeit. Bei einer Angestelltentätigkeit sind die fachliche und die berufliche Hierarchie innerorganisatorisch zu harmonisieren.

psychologische Berufe, drei der sieben MTD-Berufe sowie Heilmasseurinnen und Heilmasseure. Angehörige freiberuflich tätiger Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind von § 135 jedoch nicht erfasst. Das heißt, deren freiberuflich erbrachte Leistungen im Rahmen der Krankenbehandlung sind nicht direkt mit der ÖGK verrechenbar bzw. gegebenenfalls indirekt im Rahmen von PVE in Abhängigkeit von der Finanzierung auf Grundlage des jeweiligen PV-Vertrags der ÖÄK mit der ÖGK.

4.1 Ärztliche Berufe

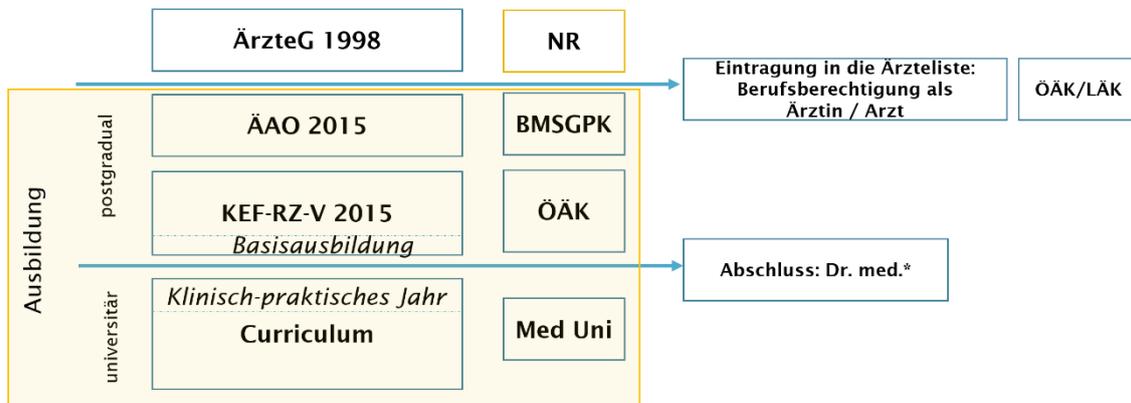
In diesem Abschnitt werden die berufsrechtlichen Grundlagen von Ärztinnen und Ärzten (Allgemeinmedizin und Sonderfächer) einschließlich der Ausbildungsregelungen analysiert. Es geht darum, zu erkennen, inwiefern GF/GK Teil des Berufsbilds und des Tätigkeitsprofils der ärztlichen Berufe sind und wie stark in der Ausbildung auf diese Aspekte fokussiert wird. Der Analyse vorangestellt ist eine Übersicht über die Rechtsgrundlagen und die jeweiligen Zuständigkeiten.

Rechtsgrundlagen und Zuständigkeiten

Das Ärztegesetz 1998 ist die zentrale rechtliche Regelung für die ärztlichen Berufe und wird vom Nationalrat beschlossen. In ihm wird das Berufsbild und das Aufgabenprofil der Ärztin bzw. des Arztes festgelegt. Ebenfalls enthält es wesentliche Elemente des Arzt-Patienten-Verhältnisses wie etwa die Aufklärung und Dokumentation, Rechtsfragen in der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen sowie wesentliche Aspekte zur Ausbildung. Mit der Absolvierung des Studiums der Humanmedizin (Diplomstudium bzw. Bachelor + Master) erlangt man in Österreich, anders als in anderen Ländern und im Gegensatz zum Studium der Zahnmedizin, noch keine Berufsberechtigung (Kletečka-Pulker et al. 2019, 229). Vielmehr ist für die Erlangung der Berufsberechtigung eine zusätzliche postgraduale Ausbildung nach dem Studium erforderlich. Die postgraduale Ausbildung dauert für die Allgemeinmedizin derzeit 42 Monate und für die Sonderfächer 72 Monate. Dabei muss angemerkt werden, dass 2022 beschlossen worden ist, die Ausbildung zur Allgemeinmedizin bis 2030 auf insgesamt fünf Jahre zu verlängern. Die rechtlichen Regelungen der postgradualen Ausbildung sind in der ÄAO und in der KEF-RZ-V geregelt. Die ÄAO fällt in die Zuständigkeit des BMSGPK, die konkreten Ausbildungsinhalte der KEF-RZ-V in jene der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK). Für die universitäre Ausbildung geben die Curricula der jeweiligen Universität Auskunft über das Qualifikationsprofil, den Inhalt und den Aufbau des Studiums sowie die Prüfungsordnung. Abbildung 4.1 gibt einen Überblick über die wesentlichen Stadien der Ärzteausbildung und die Zuständigkeit für die jeweilige Rechts- bzw. Ausbildungsgrundlage. Die Tabelle 4.1 listet die Dokumente im Detail auf, die in die folgende Analyse eingeflossen sind.

Abbildung 4.1:

Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte: Rechtsgrundlagen und Zuständigkeiten



* Abschluss eines Diplom- oder Bachelor- und Masterstudiums

Quelle: GÖG

Tabelle 4.1:

Ärztliche Berufe: Überblick über die analysierten Dokumente

<p>Gesetze und Verordnungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> » ÄrzteG » Universitätsgesetz - UG 2002 » ÄAO » KEF und RZ-V 2015
<p>Weitere Ausbildungsgrundlagen</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Österreichischer Kompetenzlevelkatalog für ärztliche Fertigkeiten der medizinischen Universitäten Österreichs (vereinbart von folgenden Universitäten: MedUni Wien, Med Uni Graz, Med Uni Innsbruck, PMU Salzburg) » Humanmedizin MedUni Wien (Diplomstudium; seit 1. 10. 2022 in Kraft) » Humanmedizin Med Uni Graz (Diplomstudium; seit 1. 10. 2022 in Kraft) » Humanmedizin Med Uni Innsbruck (Diplomstudium; seit 1. 10. 2022 in Kraft) » Bachelor Humanmedizin Johannes Kepler Uni Linz (seit 1. 10. 2022 in Kraft) » Master Humanmedizin Johannes Kepler Uni Linz (seit 1. 10. 2022 in Kraft), » Humanmedizin Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg (Diplomstudium; seit 27. 7. 2021 beschlossen) » Bachelor Medical Science Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften (Zugriff Website: 4. 10. 2022) » Master Humanmedizin Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften (Zugriff Website: 4. 10. 2022) » Bachelor Humanmedizin Sigmund Freud PrivatUniversität (seit 1. 10. 2021 in Kraft) » Master Humanmedizin Sigmund Freud PrivatUniversität (seit 1. 10. 2021 in Kraft)

Quelle: GÖG

Inkongruenz der Begrifflichkeiten

In den Gesetzen und Verordnungen, die die Ärzteschaft betreffen, finden sich unterschiedliche Begriffe, die eine Ausrichtung auf Gesundheit indizieren. In § 2 ÄrzteG ist im „Berufsbild des Arztes“ von „Vorbeugung von Erkrankungen“ (§ 2 Abs. 2 Z 5 ÄrzteG) die Rede. In der ÄAO wird für die Allgemeinmedizin explizit „Gesundheitsförderung“ als Ziel der Ausbildung definiert (§ 10 Abs. 2 Z 3 ÄAO), während für die fachärztliche Ausbildung die „Vorsorgemedizin“ als Ausbildungsziel genannt wird (§ 16 Abs 2 Z 2 ÄAO). In der Verordnung der Österreichischen Ärztekammer darüber, welche Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Rahmen der postgradualen Ausbildung zu erwerben sind, werden den verschiedenen Sonderfächern unterschiedliche Begriffe zugeordnet (siehe Abbildung 4.2).

Abbildung 4.2:

Zuordnung der Begriffe zu Fachbereichen in der KEF-RZ-V: Gesundheitsförderung, Prävention, Vorsorge, Vorbeugung, Gesundheitskompetenz

Anlage	Stelle	GF			Präv			Vors			Vorb			GK		
		K	E	F	K	E	F	K	E	F	K	E	F	K	E	F
1	Allgemeinmedizin	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-
2	Anästhesiologie und Intensivmedizin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	Anatomie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Arbeitsmedizin	-	x	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-
5	Augenheilkunde und Optometrie	-	-	-	x	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-
6	Chirurgische Sonderfächer	-	-	-	x	x	-	x	-	-	x	-	-	-	-	-
7	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	-	-	-	x	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-
8	Gerichtsmedizin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	-	-	-	x	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-
10	Haut- und Geschlechtskrankheiten	-	-	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-
11	Histologie, Embryologie und Zellbiologie	-	-	-	x	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-
12	Internistische Sonderfächer	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-
13	Kinder- und Jugendheilkunde	-	-	-	x	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychoth. Medizin	x	-	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	Klinisch-Immunologische Sonderfächer	-	-	-	x	-	-	x	-	x	-	-	-	-	-	-
16	Klinisch-Pathologische Sonderfächer	-	-	-	x	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-
17	Klinische Mikrobiologie und Hygiene	x	-	-	x	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-
18	Medizinische Genetik	-	-	-	x	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-
19	Medizinische und Chemische Labordiagnostik	-	-	-	x	x	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-
20	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	-	-	-	x	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-
21	Neurologie	x	-	-	x	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-
22	Nuklearmedizin	-	-	-	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-
23	Orthopädie und Traumatologie	-	-	-	x	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-
24	Pharmakologie und Toxikologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation	x	-	-	x	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-
26	Physiologie und Pathophysiologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
27	Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin	x	-	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-
28	Public Health	x	x	x	x	x	x	x	-	-	x	-	-	-	-	-
29	Radiologie	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-
30	Strahlentherapie-Radioonkologie	-	-	-	x	x	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-
31	Transfusionsmedizin	-	-	-	x	-	-	x	-	x	-	-	-	-	-	-
32	Urologie	-	-	-	x	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-
33	Basisausbildung	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

GF auf allen Ebenen (Kenntnisse/Erfahrungen/Fertigkeiten): Allgemeinmedizin, Public Health
 Prävention auf allen Kompetenzlevel (K/E/F): Allgemeinmedizin, Arbeitsmedizin, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Internistische Sonderfächer, Nuklearmedizin, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Public Health
 Vorsorge auf allen Kompetenzlevel (K/E/F): Allgemeinmedizin, Arbeitsmedizin, Internistische Sonderfächer
 GK: Dieser Begriff wird in der KEF-RZ-V nicht verwendet.

Quelle: GÖG

Gesundheitsförderung als Aufgabe der Allgemeinmedizin und des Sonderfachs Public Health

„Gesundheitsförderung“ wird im vollen Umfang – das heißt auf der Ebene der zu erwerbenden Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten – der Allgemeinmedizin und dem Sonderfach Public Health zugeordnet. „Prävention“ wird dabei ebenfalls mitangeführt. Das heißt, die Begriffe werden als Wortpaar „Prävention und Gesundheitsförderung“ verwendet. „Prävention“ wird auf allen drei Kompetenzebenen weiteren fünf Sonderfächern zugeordnet. Das sind die Arbeitsmedizin, das Sonderfach Haut- und Geschlechtskrankheiten, die Internistischen Sonderfächer, die Nuklearmedizin sowie die Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin. In diesen fünf Sonderfächern wird „Gesundheitsförderung“ allenfalls einer von den drei Kompetenzebenen (Kenntnisse, Erfahrungen, Fertigkeiten) zugeordnet. Für alle anderen Sonderfächer wird „Gesundheitsförderung“ nicht als zu erwerbende Kompetenz genannt. Der Begriff „Vorsorge“ wird für die Allgemeinmedizin sowie die Arbeitsmedizin und die Internistischen Sonderfächer auf allen drei Kompetenzebenen verwendet. Der Begriff „Vorbeugung“ wird nur zweimal auf der Kompetenzebene der Kenntnisse verwendet. „Gesundheitskompetenz“ wiederum kommt als Begriff in der Verordnung nicht vor.

Prävention als dominanter Terminus der ärztlichen Berufe

Die ÄAO und die KEF-RZ-V der Österreichische Ärztekammer für die postgraduale Ausbildung machen deutlich, dass Gesundheitsförderung vor allem als Aufgabe der Allgemeinmedizin gesehen wird. Die KEF-RZ-V schreibt GF darüber hinaus dem Aufgabengebiet des Sonderfaches Public Health zu. Der Begriff „Prävention“ ist der dominante Begriff, sowohl in der ÄAO als auch in der KEF-RZ-V. In der ÄAO wird „Prävention“ insgesamt 27-mal verwendet. Im Vergleich dazu wird „Gesundheitsförderung“ viermal angeführt. In der 564 Seiten umfassenden KEF-RZ-V wird der Begriff „Prävention“ 203-mal verwendet, „Gesundheitsförderung“ findet sich 32-mal. Im Fokus der Prävention steht die Verhinderung von Krankheit, während Gesundheitsförderung stärker auf Ressourcen hin ausgerichtet ist.

Abbildung 4.3:
Begriffshäufigkeit in den Rechtsgrundlagen

	GF	PRÄV	Vors	Vorb	GK	Summe (absolut)
ÄrzteG 1998	0	0	0 (4)	1	0	1
ÄAO 2015	4	27	5	10	0	46
KEF-RZ-V 2015	32	203	102	2	0	339

Ziffern in Klammer deuten an, dass der Begriff vorkommt, jedoch nicht im Zusammenhang mit Gesundheit verwendet wird.

Quelle: GÖG

Fokus auf Gesundheit ist im ÄrzteG schwach ausgeprägt

Dadurch, dass die „Gesundheitsförderung“ bestimmten Bereichen des Arztberufes zugeordnet wird (Allgemeinmedizin und Public Health), ist auch nachvollziehbar, dass sie nicht explizit im Berufsbild des Arztes (§ 2 ÄrzteG) verankert ist. Statt „Vorbeugung“ findet sich in der später erlassenen ÄAO und der KEF-RZ-V „Prävention“ und „Vorsorge“. Diese Begriffe sind jedoch, wie auch „Vorbeugung“, mit dem Krankheitsbegriff verwoben. Eine vom Begriff „Krankheit“ losgelöste und stark an Ressourcen ausgerichtete Perspektive ist rechtlich nicht im ärztlichen Berufsprofil verankert. Erwähnenswert ist, dass das ärztliche Berufsbild (§ 2 ÄrzteG) seit 1964 unverändert blieb (siehe ÄrzteG 1949 i.d.F. BGBl. Nr. 50/1964). Ein gewisser Hinweis darauf, dass Ärztinnen und Ärzte auch für Gesundheit zuständig sind, findet sich in § 49 ÄrzteG „Behandlung der Kranken und Betreuung der Gesunden“, in welchem Gesunde explizit als Zielgruppe der Ärztinnen und Ärzte angeführt werden, für deren „Schutz“ (§ 49 Abs. 1 ÄrzteG) diese zuständig sind. Im Vergleich zum österreichischen Ärztegesetz ist etwa in der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä Deutschland 1997 i.d.F. 2011) ein stärkerer Fokus auf Gesundheit zu erkennen (siehe unten; Hervorhebung durch die Autorinnen und Autoren):

Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte (§ 1 MBO-Ä 1997 i. d. F. 2011)

- (1) „Ärztinnen und Ärzte dienen der **Gesundheit** des einzelnen Menschen **und der Bevölkerung**. [...]“
- (2) Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist es, das Leben zu erhalten, die **Gesundheit zu schützen** und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und **an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.**“

Anders als im österreichischen ÄrzteG ist Gesundheit in der deutschen Musterberufsordnung explizit Bestandteil des ärztlichen Berufsprofils. Nicht nur die Krankheit wird angeführt, sondern die Gesundheit, welcher die Ärztin bzw. der Arzt zu „dienen“ hat und die es zu „schützen“ gilt.

Ärztegesetz ist individuumszentriert – Gesellschaftsperspektive fehlt

Interessant an der deutschen Musterberufsordnung ist auch die Ausweitung der Perspektive im Hinblick auf die Zielgruppe der Bevölkerung und die natürlichen Lebensgrundlagen. Während das österreichische Berufsgesetz individuumszentriert ist, findet sich in der deutschen Berufsordnung prominent eine Gesellschaftsperspektive. So wird neben den einzelnen Menschen auch die Bevölkerung angeführt, für die die Ärztin bzw. der Arzt zuständig ist. Es werden auch die Ressourcen in den Blick gerückt, die die Gesundheit der Menschen beeinflussen. Individuum, Gesellschaft und natürliche Ressourcen sind hier eng miteinander verknüpft und zentraler Bestandteil der ärztlichen Perspektive. In den Rechtsgrundlagen in Österreich findet sich dieser weite und vernetzte Fokus nicht im generellen Berufsbild, sondern ist auf bestimmte ärztliche Fächer beschränkt. In der KEF-RZ-V wird die gesellschaftliche und ressourcenorientierte Perspektive insbesondere der Allgemeinmedizin, dem Sonderfach Public Health und der Arbeitsmedizin zugeschrieben.

Personenzentrierung ist im Ärztegesetz wenig verankert

Im Ärztegesetz findet sich wenig im Hinblick auf weitere Dimensionen von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz. Behandlungsgrundsätze, die für ein personenzentriertes Betreuungs- bzw. Beratungsverhältnis zentral sind, werden nicht definiert. § 51 ÄrzteG „Dokumentationspflicht und Auskunftserteilung“ regelt etwa, dass die Ärztin bzw. der Arzt Aufzeichnungen zur Behandlung führen und auf Anfrage diese auch der Patientin bzw. dem Patienten aushändigen muss. Das ÄrzteG enthält jedoch keine Formulierungen, auf welchen Grundsätzen die Behandlung basiert. Auch die Aufgaben von Ärztinnen und Ärzten im Rahmen der Auskunftserteilung sind nicht geregelt. Aufgaben wären etwa eine Erhebung des Informationsbedarfs und eine Vermittlung von Informationen in verständlicher Form. Auch eine Einbindung in die Behandlungsplanung im Sinne von „Ko-Produktion“ (Nowak 2011) bzw. „shared decision making“, von Gesundheit als Behandlungsgrundsatz entspräche den gesundheitspolitischen Zielsetzungen. Diese finden sich jedoch nicht im Berufsgesetz der Ärztinnen und Ärzte. Aus rechtlicher Perspektive finden sich Regelungen zur Einwilligung (StGB § 110), Selbstbestimmung (§ 16 StGB) und Aufklärung (etwa § 5a KAKuG) in weiteren Rechtsquellen. Die Musterberufsordnung (MBO-Ä) der deutschen Bundesärztekammer definiert Behandlungsgrundsätze und die Form der Aufklärung weitreichender, als diese im österreichischen Berufsgesetz der Ärztinnen und Ärzte verankert sind.

Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit mit vielen anderen Gesundheitsberufen – hier mit GuK-Berufen – ist hierarchisch geregelt (§ 49 Abs. 3 ÄrzteG). Ärztinnen und Ärzte übertragen „ärztliche“ Tätigkeiten.

Berufsrolle der Ärztin bzw. des Arztes ist in der ÄAO und der KEF-RZ-V weitreichender verankert als im ÄrzteG

Im ÄrzteG ist die Berufsrolle der Ärztin bzw. des Arztes mit „Ausübung der Medizin“ auf jene der Behandlerin bzw. des Behandlers beschränkt (§ 2 Abs. 1 ÄrzteG). Ein darüber hinausreichendes Rollenverständnis kann aus den Regelungen des ÄrzteG im Gegensatz zur später erlassenen ÄAO und zur KEF-RZ-V nicht abgeleitet werden. Die KEF-RZ-V schreibt der Ärztin bzw. dem Arzt bei den „Grundkompetenzen eines Arztes“ sechs Rollen zu, die im Rahmen der Ausbildung ausdrücklich zu fördern sind (§ 5 KEF-RZ-V). Die Rollen umfassen jene des „Communicator(s)“, des „Collaborator(s)“, des „Scholar(s)“, des „Health Advocate(s)“, des „Professional(s)“ und des „Manager(s)“. Die KEF-RZ-V nimmt an dieser Stelle auf die vom Royal College of Physicians and Surgeons of Canada ausgearbeiteten CanMEDS Roles Bezug (Frank et al. 2015). Damit wird der Ärztin bzw. dem Arzt nicht nur die Rolle der medizinischen Fachexpertin bzw. des Fachexperten zugeschrieben, sondern das Rollenprofil wesentlich umfangreicher konzipiert. Auch die ÄAO definiert den Erwerb von „psychosozialen Kompetenzen“ als zentrales Erfordernis der Ausbildung zur Allgemeinmedizin sowie der Sonderfächer (§§ 9 und 17 ÄAO). ÄAO und KEF-RZ-V verstehen die Ärztin bzw. den Arzt nicht nur als Behandler:in, sondern als auch Begleiter:in und verorten den Arztberuf als Teil eines komplexen Systems, in dem auch die Zusammenarbeit insbesondere mit den ärztlichen Berufen und teilweise mit anderen Gesundheitsberufen eine zentrale Rolle spielt und als Kernkompetenz verankert ist. Beraten, Managen und interdisziplinäres Zusammenarbeiten sind Kompetenzen, die der Ärztin bzw. dem Arzt in der KEF-RZ-V durch die verschiedenen Rollen in § 5 zugeschrieben

werden und die auch in den Kompetenzprofilen der unterschiedlichen Fachrichtungen in den Anhängen der KEF-RZ-V angeführt werden.

GF/GK in den Curricula

Im Folgenden wird darauf eingegangen, wie sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen auf das universitäre Studium der Humanmedizin niederschlagen, bei dessen Ausgestaltung die Universitäten weitgehend autonom sind. Grundlage für die nachstehende Analyse sind Studiengänge von sieben österreichischen Universitäten (Tabelle 4.1). Untersucht wurden sowohl öffentliche als auch private Universitäten, die Diplomstudiengänge bzw. Bachelor- und Masterstudiengänge für das Fach Humanmedizin anbieten. Der Fokus der Analyse wurde darauf gerichtet, in welchen Lehrveranstaltungen Aspekte von Gesundheitsförderung bzw. Gesundheitskompetenz vermittelt werden. Das heißt, in welchen Lehrveranstaltungen wird ein inhaltlicher Fokus auf Gesundheit gerichtet? Und: Im Rahmen welcher Lehrveranstaltungen geht es um die Vermittlung sozial-kommunikativer Kompetenzen für den Umgang mit Patientinnen und Patienten sowie für eine inter-/multidisziplinäre und inter-/multiprofessionelle Zusammenarbeit? Grundlage für diese Analyse bilden die Curricula der Studiengänge sowie die auf den Websites verfügbaren Informationen. Für die Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften (KL) und die Sigmund Freud PrivatUniversität (SFU) waren diese Informationen nur sehr eingeschränkt verfügbar. Die Curricula dieser zwei Universitäten sind auf den Websites nicht öffentlich zugänglich und es finden sich keine inhaltlichen Beschreibungen auf Ebene der Lehrveranstaltungen. Dementsprechend konnte auch nicht nachgerechnet werden, mit wie viel ECTS-Anrechnungspunkten GF und GK im jeweiligen Studiengang verankert sind.

Österreichischer Kompetenzlevelkatalog für ärztliche Fertigkeiten

Bevor auf die einzelnen Studiengänge eingegangen wird, soll kurz der Kompetenzlevelkatalog vorgestellt werden, den vier Universitäten gemeinsam, mit dem Ziel einer in Österreich aufeinander abgestimmten universitären Ausbildung, entwickelt haben. Der Kompetenzlevelkatalog ist eine verbindliche Grundlage für die Gestaltung der Curricula der Diplomstudiengänge Humanmedizin der Medizinischen Universität Wien, der Medizinischen Universität Graz, der Medizinischen Universität Innsbruck und der PMU Salzburg. Dieser Katalog legt im Hinblick auf GF/GK sein Augenmerk v. a. auf die sozial-kommunikativen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die sowohl für die Famulaturreife als auch für die KPJ-Reife (Klinisch-Praktisches-Jahr) und die Approbationsreife erworben werden müssen. Abklären des Anliegens sowie des Informationsbedarfs der Patientin bzw. des Patienten, rechtliche Aufklärung und Einwilligung, Beraten und Unterstützen von Patientinnen und Patienten sowie deren Empowerment werden als Kompetenzen genannt. Der Begriff „Empowerment“ wird dabei explizit unter Anamnese und professionelle Gesprächsführung angeführt (Kompetenzlevelkatalog: A20). Ebenfalls als Fähigkeiten und Fertigkeiten genannt werden kommunikative Kompetenzen in der (multidisziplinären) Zusammenarbeit und das „Informieren von KollegInnen sowie medizinischem Fachpersonals (sic!), und Vergewissern des gemeinsamen Verständnisses“ (Kompetenzlevelkatalog: K12). Die vier Universitäten schufen damit eine verbindliche Grundlage für die Gestaltung ihrer Lehrpläne, in der die Zusammenarbeit und eine kompetente und aktivierende Einbindung der Patientinnen und Patienten verankert ist.

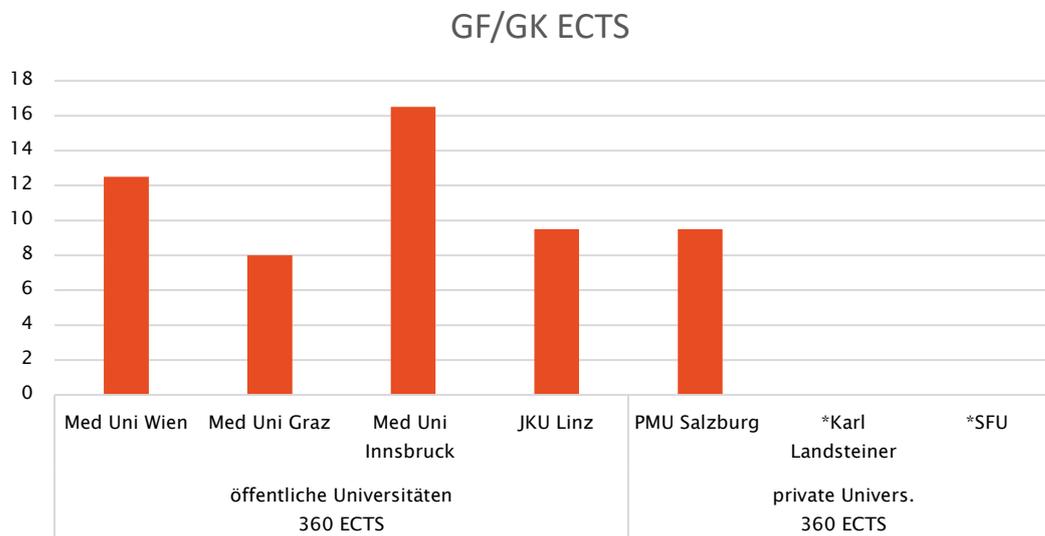
Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in den Curricula

Alle untersuchten Curricula weisen darauf hin, dass GF und GK im Rahmen der universitären Ausbildung eine Rolle spielen. Prävention und Public Health wurden dabei ebenfalls als Fokus auf Gesundheit gewertet. Das heißt, es wurden alle Lehrveranstaltungen und Seminare, die Gesundheitsförderung, Prävention, Public Health und/oder sozial-kommunikative Kompetenzen in der Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgruppen und im Kontakt mit Patientinnen und Patienten zum Thema machen, als Fokus auf GF/GK gewertet.

Das Medizinstudium umfasst im Rahmen der universitären Ausbildung 360 ECTS-Punkte. Im Durchschnitt werden Inhalte im Ausmaß von 11,2 ECTS-Punkten im Medizinstudium in Rahmen von Lehrveranstaltungen vermittelt, in denen GF und GK explizit eine Rolle spielen (siehe Abbildung 4.4 und Tabelle 4.2). Etwas über diesem Durchschnitt liegen die Medizinische Universität Innsbruck (16,5 ECTS-Punkte) und die Medizinische Universität Wien (12,5 ECTS-Punkte). Für die Karl Landsteiner Universität sowie die Sigmund Freud PrivatUniversität konnten, wie zuvor erwähnt, die konkreten Inhalte und ECTS-Anrechnungspunkte nicht eruiert werden. Auffallend gegenüber den anderen Studiengängen ist bei diesen zwei Universitäten, die als Bachelor- und Masterstudium organisiert sind, dass sich ein Fokus auf Public Health und damit auf Gesundheit longitudinal über das Bachelorstudium zieht. Die jeweiligen Masterstudiengänge haben demgegenüber einen starken naturwissenschaftlichen Fokus. „Gesundheit“ scheint im Masterstudium keinen Schwerpunkt zu bilden. Sozial-kommunikative Kompetenzen finden sich longitudinal über das Bachelorstudium und werden im Masterstudium durch spezielle Lehrveranstaltungen ergänzt. Diese lückenlose longitudinale Verankerung von GF/GK – wie sie auf Bachelorniveau in den zwei Privatuniversitäten zu finden ist – fehlt in den anderen Studienplänen. GF und GK werden dort in verschiedenen Semestern aufgegriffen, es gibt aber teilweise Unterbrechungen bezüglich dieser Themen im Verlauf des Studiums.

Abbildung 4.4:

Lehrveranstaltungen im Rahmen der Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte mit Fokus auf GF/GK



360 ECTS-Punkte ist die Gesamtzahl der zu erbringenden ECTS-Punkte im Rahmen der universitären Ausbildung.

*ECTS-Punkte konnten nicht erhoben werden.

Quelle: GÖG

Die Tabelle 4.2 enthält weitere Details. Sie zeigt, welche Lehrveranstaltungen in die Berechnung aufgenommen worden sind, und differenziert dabei zwischen Lehrveranstaltungen, die einen inhaltlichen Fokus auf Gesundheit haben, und jenen, in welchen sozial-kommunikative Fertigkeiten vermittelt werden. Außerdem werden Besonderheiten und Charakteristiken des jeweiligen Studienganges in der Spalte „Sonstiges“ festgehalten. Unterschiede ergeben sich zumeist dahingehend, ob etwa ein umfassender Gesundheitsbegriff, der mehr meint als die Abwesenheit von Krankheit und auch soziale Aspekte einbezieht, in dem jeweiligen Curriculum definiert wird (etwa Med Uni Graz und Med Uni Innsbruck), wie stark sozial-kommunikative Kompetenzen als Ziel der Ausbildung hervorgehoben werden oder wie umfangreich die Rolle der Ärztin bzw. des Arztes definiert wird. In Bezug auf letzteren Aspekt nehmen zwei Curricula (Medizinische Universität Graz, Paracelsus Medizinische Privatuniversität) explizit auf die CanMEDS Roles (Frank et al. 2015) Bezug. Die Medizinische Universität Wien spricht die „Aktivierung“ der Patientin oder des Patienten als wesentliche Aufgabe der Ärztin bzw. des Arztes an. Die Medizinische Universität Innsbruck fokussiert auf diese Aspekte in einem bestimmten Studienabschnitt. Auch bei den zwei Privatuniversitäten (KL und SF) sind sozial-kommunikative Kompetenzen longitudinal über das Bachelorstudium verankert.

Tabelle 4.2:

Lehrveranstaltungen im Rahmen der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten mit Fokus auf GF/GK

Uni/ECTS	Lehrveranstaltungen	Sonstiges
MedUni Wien Diplomstudium (seit 1. 10. 2022 in Kraft) GF/GK: 12,5 ECTS	Inhaltlicher Fokus Gesundheit (3 LV / 7,5 ECTS): „Gesunde und kranke Menschen“, „Prävention und Präventionsmedizin – ärztliche Aufgabe und Verantwortung“, „Public Health“ Sozial-kommunikative Kompetenzen (3 LV / 5 ECTS): „Soziale Kompetenz“, „Ärztliche Gesprächsführung“, „Interdisziplinäre Fallkonferenzen“	Der Anhang des Curriculums enthält das Qualifikationsprofil für Absolventinnen und Absolventen (Anhang 2). „Gesundheitsförderung“ explizit als Begriff sowohl in den Kenntnissen als auch in den Fertigkeiten wird erwähnt. Als kommunikative Kompetenz wird dabei die „Aktivierung“ der Patientin bzw. des Patienten angesprochen. Ebenfalls verankert ist die Fähigkeit der Zusammenarbeit mit den Pflegeberufen und medizinnahen Berufen.
Med Uni Graz Diplomstudium (seit 1. 10. 2022 in Kraft) GF/GK: 8 ECTS	Inhaltlicher Fokus Gesundheit (1 Modul / 6 ECTS) : Das Modul „Sozial-, Familien- und Präventivmedizin“ umfasst u. a. folgende Inhalte: „Interaktion von Mensch und Gesellschaft“, „Öffentliche Gesundheit“, „Grundzüge der Epidemiologie und Prävention“, „Arbeitsmedizinische Aspekte“. Sozial-kommunikative Kompetenzen (2 LV / 2 ECTS) : „Basics der professionellen ärztlichen Gesprächsführung“, „Kommunikative Kompetenzen“	Zu Beginn des Curriculums (Allgemeiner Teil) wird ein biopsychosozialer Gesundheitsbegriff zugrunde gelegt. Erwerb und Ausbau psychosozialer Kompetenzen und die Entwicklung einer ethischen Grundhaltung werden als Ausbildungsziele (1.5 Ausbildungsziel) hervorgehoben. Im Abschnitt 1.6 (Qualifikationsprofil der Absolvent*Innen) wird explizit auf die CanMEDS Roles Bezug genommen. Damit wird signalisiert, dass im Rahmen der Ausbildung Kompetenzen erworben werden sollen, die über das medizinische Fachwissen hinausgehen.
Med Uni Innsbruck Diplomstudium (seit 1. 10. 2022 in Kraft) GF/GK: 16,5 ECTS	Inhaltlicher Fokus Gesundheit (2 LV / 9,5 ECTS) : „Medizin für gesunde und kranke Menschen“, „Mensch in Familie, Gesellschaft und Umwelt“ Sozial-kommunikative Kompetenzen (7 ECTS) : „Umgang mit kranken Menschen“, „Professionelle und interprofessionelle Kommunikation“, „Ärztliche Gesprächsführung“, „Untersuchungskurs an Gesunden“	Im Curriculum werden Ziele für den jeweiligen Studienabschnitt definiert (Ziele der einzelnen Studienabschnitte): 1. Abschnitt: Neben den fachlichen und naturwissenschaftlichen Kompetenzen wird ein Fokus auf die Entwicklung „psychosozialer Kompetenzen“ gelegt. 2. Abschnitt: fokussiert auf das Verständnis des menschlichen Organismus in Gesundheit und Krankheit sowie auf ärztliche Gesprächsführung; 3. Abschnitt: klinische Praxis
JKU Linz Bachelor + Master (seit 1. 10. 2022 in Kraft) GF/GK: 9,5 ECTS	Inhaltlicher Fokus Gesundheit (1 LV / 4 ECTS) : MA-Studium „Versorgungswirksamkeit“ Sozial-kommunikative Kompetenzen (5,5 ECTS) : BA- + MA-Studiengang: „Ärztliche Gesprächsführung und Untersuchungskurs“, „Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen“	Das Studium ist als Bachelor-/Masterstudium organisiert. In den Qualifikationsprofilen des BA- sowie des MA-Studiums wird ein expliziter Fokus auf kommunikative und soziale Kompetenzen gelegt und insbesondere die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten hervorgehoben.
PMU Salzburg Diplomstudium (Beschluss 1. 9. 2022) GF/GK: 9,5 ECTS	Inhaltlicher Fokus Gesundheit (1 LV / 1 ECTS) : Im Modul „Interprofessionelle Zusammenarbeit“ findet sich eine Vorlesung mit dem Titel „Einführung in Public Health Sciences“, diese wurde dem inhaltlichen Fokus zugeordnet, der Rest des Moduls den kommunikativen und sozialen Kompetenzen (siehe unten). Sozial-kommunikative Kompetenzen (2 Module / 8,5 ECTS) : Soziale & kommunikative Kompetenz und interprofessionelle Zusammenarbeit	Das Studium hat eine starke internationale Ausrichtung und ist in fünf Jahren studierbar. In den Ausbildungszielen werden sozial-kommunikative Kompetenzen angesprochen und indirekt auf die CanMEDS Roles Bezug genommen, indem dem Arztberuf verschiedene Rollen zugeschrieben werden, die über die medizinisch-fachliche Kompetenz hinausgehen.

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Uni/ECTS	Lehrveranstaltungen	Sonstiges
Fortsetzung Karl Landsteiner Privatuniversität Bachelor + Master GF/GK: ECTS nicht ersichtlich	Inhaltlicher Fokus Gesundheit: Das Modul Public Health and Economics zieht sich longitudinal über das gesamte BA-Studium. Im MA-Studium sind keine Module, die GF vermitteln, ersichtlich. Sozial-kommunikative Kompetenzen: Das Modul „Professional Development and Skills“ zieht sich longitudinal über das gesamte BA-Studium. Im MA-Studium findet sich ein Modul „Interdisziplinäres Arbeiten“.	Konkrete Inhalte einzelner Lehrveranstaltungen sowie das Ausmaß der ECTS-Punkte für diese sind auf der Website nicht zu finden. Es fällt auf, dass v. a. das BA-Studium einen Fokus auf ein umfassendes Gesundheitsverständnis legt, während das MA-Studium stärker naturwissenschaftlich orientiert ist. Sozial-kommunikative Kompetenzen finden sich auf BA- und MA-Level.
SFU Bachelor + Master GF/GK: ECTS nicht ersichtlich	Inhaltlicher Fokus Gesundheit: BA-Studium: Modul „Evidenzbasierte Medizin und Public Health“ Sozial-kommunikative Kompetenzen: BA-Studium: 3 Übungen zu „Gesprächsführung“ sowie eine Übung „Dolmetschen“; MA-Studium: Schwerpunkt „Interdisziplinarität in der Medizin“	Konkrete Inhalte einzelner Lehrveranstaltungen sowie das Ausmaß der ECTS-Punkte für diese sind auf der Website nicht zu finden. Es fällt auf, dass v. a. das BA-Studium einen Fokus auf ein umfassendes Gesundheitsverständnis legt, während das MA-Studium stärker naturwissenschaftlich orientiert ist. Sozial-kommunikative Kompetenzen finden sich auf BA- und MA-Level.

Quelle: GÖG

4.2 Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

In diesem Abschnitt werden das Berufsrecht der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegeassistent und Pflegefachassistent), die Ausbildungsverordnungen, die Curricula der Fachhochschulen sowie das offene Curriculum für die Ausbildung der PA und PFA analysiert (siehe Tabelle 4.3). Ziel ist, zu erkennen, inwiefern GF/GK Teil des Berufsbilds und des Tätigkeitsprofils der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe ist und wie stark in der Ausbildung auf diese Aspekte fokussiert wird. Zunächst folgt ein kurzer Blick auf die rechtlichen Grundlagen und die Zuständigkeiten.

Gesundheits- und Krankenpflegeberufe: Rechtsgrundlagen und Zuständigkeiten

Zentrale Regelung für alle drei Berufe ist das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG). Die Berufe PA, PFA und der gehobene Dienst sind Berufe mit aufeinander aufbauenden Qualifikationen und Kompetenzen (siehe Abbildung 4.5).

Die Ausbildung in der Pflegeassistent dauert ein Jahr mit 1.600 Ausbildungsstunden. Die Ausbildung zur Pflegefachassistent umfasst 3.200 Ausbildungsstunden in zwei Jahren. Die beiden Gesundheits- und Krankenpflegeberufe „Pflegeassistent“ (PA) und „Pflegefachassistent“ (PFA) sind in Österreich nach dem Nationalen Qualifikationsrahmen (NQR) auf dem NQR-Level IV (PA) und auf dem NQR-Level V (PFA) angesiedelt. Für diese beiden Ausbildungen im Sekundarbereich liegt ein offenes, vom BMSGPK empfohlenes und von der GÖG konzipiertes Curriculum (Pfabigan et al. 2020) vor.

Der gehobene Dienst ist umfassend für die Pflege von Menschen zuständig (§§ 12 bis 17 GuKG). Über die Grundqualifikation hinaus sind Spezialisierungen für bestimmte Fachbereiche sowie Leitungsfunktionen und hauptberufliche Lehre geregelt (§§ 17 bis 23 GuKG). Für diese Spezialisierungen sind an die aktuellen und künftigen Anforderungen angepasste Regelungen geplant. Im Rahmen dieses Berichts werden ausschließlich die rechtlichen Grundlagen der Grundausbildung analysiert. Die Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege beträgt drei Jahre mit mindestens 4.600 Stunden. Davon entfallen in Übereinstimmung mit der EU-Richtlinie 2005/26/EG mindestens die Hälfte der Stunden auf die praktische und ein Drittel auf die theoretische Ausbildung. Seit 2008 findet die Ausbildung zusätzlich zu Gesundheits- und Krankenpflegeschulen als Bachelorstudium an Fachhochschulen statt. Ab 1. 1. 2024 wird die Ausbildung voraussichtlich bundesweit nur mehr an Fachhochschulen möglich sein (§ 117 Abs. 27 GuKG). Für die Curricula an Fachhochschulen ist die jeweilige Fachhochschule zuständig. Die Akkreditierung der einzelnen Studiengänge und damit auch der Curricula obliegt der AQ Austria. Dem vorausgehend prüfen zwei vom BMSGPK nominierte Sachverständige den Antrag auf Akkreditierung auf Übereinstimmung mit den Anforderungen der Ausbildungsverordnung.

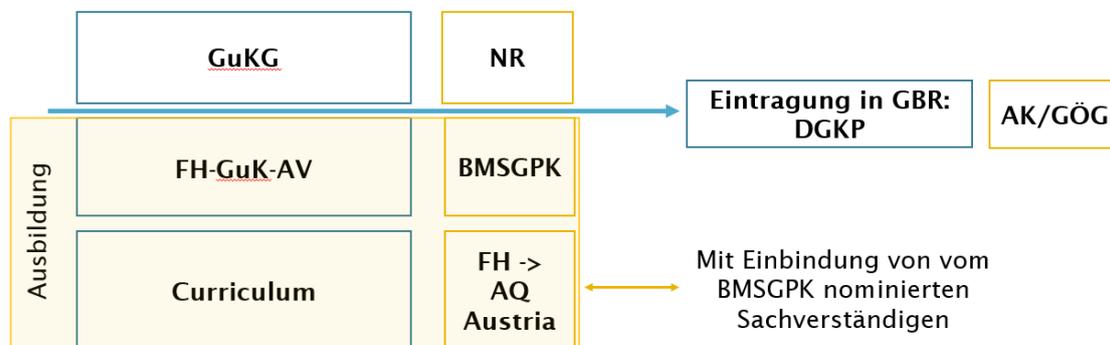
Tabelle 4.3:
GuK-Berufe: Überblick über die analysierten Dokumente

Gesetze und Verordnungen	<ul style="list-style-type: none"> » GuKG » PA-PFA-AV » FH-GuK-AV https://www.ris.bka.gv.at/eli/bqbl/II/2008/200
Weitere Ausbildungsgrundlagen	<ul style="list-style-type: none"> » Curricula für die Ausbildungen Pflegeassistent und Pflegefachassistent (Pfabigan et al. 2020) » Inhalte der Ausbildung für Pflegeassistentberufe, Handreichung, Version 3 (Pfabigan et al. 2017) » Studienplan Gesundheits- und Krankenpflege, Campus Rudolfinerhaus (Zugriff unter https://www.campus-rudolfinerhaus.ac.at/studium/studienplan/ am 14. 12. 2022) » Studienplan Gesundheits- und Krankenpflege, Fachhochschule Campus Wien (Zugriff unter https://www.fh-campuswien.ac.at/studium-weiterbildung/studien-und-lehrgangangebot/gesundheits-und-krankenpflege.html am 14. 12. 2022) » Studienplan Gesundheits- und Krankenpflege, Fachhochschule St. Pölten (Zugriff unter Studieninhalte – Fachhochschule St. Pölten, fhstp.ac.at, am 14. 12. 2022) » Studienplan Gesundheits- und Krankenpflege, Fachhochschule Vorarlberg, Zugriff unter https://www.fhv.at/studium/soziales/gesundheits-und-krankenpflege-bsc/beschreibung-einzeln-er-lerneinheiten/ am 14. 12. 2022) » Studienplan Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Fachhochschule Wiener Neustadt (Zugriff unter https://www.fhwn.ac.at/studiengang/allgemeine-gesundheits-und-krankenpflege#curriculum am 14. 12. 2022)

Quelle: GÖG

Abbildung 4.5:

Rechtsgrundlagen und Zuständigkeiten für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege auf tertiärem Niveau



Die Curricula der Fachhochschulen sind nicht öffentlich zugänglich. Es finden sich zumeist sehr detaillierte Beschreibungen der Studienpläne auf den Websites der jeweiligen FH.

Abkürzungen: NR: Nationalrat; GBR: Gesundheitsberufsregister; DGKP: Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:in

Quelle: GÖG

Fokus Gesundheit

Das Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (§ 12 GuKG) weist einen starken Fokus auf Gesundheit auf. „Gesundheitsförderung“, die „Aufrechterhaltung von Gesundheit“ und die „Aufrechterhaltung der höchstmöglichen Lebensqualität“ werden ausdrücklich erwähnt. Als Zielgruppe wird nicht nur das Individuum angesprochen, sondern es werden auch Bevölkerungsgruppen in unterschiedlichen Settings erwähnt. Das Berufsbild hebt die Aufrechterhaltung der Behandlungskontinuität und damit eine zentrale Funktion in der interprofessionellen Zusammenarbeit hervor. Außerdem wird die Stärkung der Gesundheitskompetenz und damit die aktivierende Rolle des Berufes im Kontakt mit den verschiedenen Zielgruppen angesprochen. Das Berufsbild wurde anlässlich der GuKG-Novelle 2016, BGBl. I Nr. 75/2016, um folgende Inhalte erweitert: Die Zielgruppe Individuum in der Stammfassung des GuKG wurde 2016 um Familien und Bevölkerungsgruppen erweitert (§ 12 Abs. 1 GuKG). Die ressourcenorientierte Perspektive wurde verstärkt. Die Rolle der gepflegten Menschen im Rahmen des Pflegeprozesses wird seit der Novelle 2016 aktiver gesehen. Mit „Unterstützung“ u. a. des Heilungsprozesses zur Linderung und Bewältigung von gesundheitlicher Beeinträchtigung (§ 12 Abs. 2 GuKG) wird zudem Koproduktion von Gesundheit möglich. Zusätzlich wurde die Förderung der Gesundheitskompetenz als zentrale Aufgabe aufgenommen (§ 14 Abs. 2 Z 7 GuKG) und auch die Rolle in der multiprofessionellen Zusammenarbeit mit Vorschlags- und Mitwirkungsrecht (§ 16 GuKG) verdeutlicht. Wesentliche Dimensionen von GF/GK sind damit im Berufsbild und in der Beschreibung des Aufgabenbereichs und der Kompetenzen verankert. Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung werden als pflegerische Kernkompetenzen explizit und als integrale Bestandteile der Pflege erwähnt (§ 14 Abs. 1 GuKG: leg. cit. „im Rahmen der Pflege“).

Das Berufsbild für die Pflegeassistentenberufe, d. h. Pflegeassistent (PA) und Pflegefachassistent (PFA), ist für beide Berufsgruppen gemeinsam geregelt (§ 82). Die Tätigkeitsbereiche sind jedoch für die beiden Berufe differenziert in den §§ 83 und 83a GuKG angeführt.

Das Berufsbild ist weniger eigenständig formuliert als jenes für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege. Im Berufsbild wird dargelegt, dass es um die „Unterstützung“ des gehobenen Dienstes sowie der ärztlichen Berufe geht. Gesundheitsförderung wird im Rahmen des Berufsbildes (im Gegensatz zum Berufsbild des gehobenen Dienstes) nicht explizit erwähnt. Hier wird lediglich von der „Durchführung“ der ihnen übertragenen Aufgaben „in verschiedenen Pflege- und Behandlungssituationen“ (§ 82 Abs. 2 GuKG) gesprochen. In § 83 GuKG, der die Tätigkeiten der Pflegeassistenten beschreibt, wird nicht explizit auf gesundheitsfördernde Maßnahmen Bezug genommen, diese leiten sich jedoch indirekt aus den übertragenen Aufgaben des gehobenen Dienstes ab. In § 83 Abs. 2 Z 4 GuKG wird als Pflegemaßnahme „Information, Kommunikation und Begleitung“ explizit als Aufgabe der Pflegeassistenten erwähnt. Dasselbe gilt für die Pflegefachassistenten (§ 83a GuKG), auch hier wird auf die Ausführungen der übertragenen Tätigkeiten verwiesen, ohne Gesundheitsförderung explizit in diesem Paragraphen anzusprechen. GuKG, FH-GuK-AV und PA-PFA-AV bauen im Hinblick auf die Verankerung von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz konsistent aufeinander auf. Dies soll im Folgenden konkretisiert werden.

Individuums- und gesellschaftsbezogene Perspektive

Die personen- und bevölkerungsorientierte Perspektive, wie sie im GuKG formuliert ist, spiegelt sich auch in den Ausbildungsverordnungen für den gehobenen Dienst (FH-GuK-AV) sowie für die Pflegeassistentenberufe (PA-PFA-AV) wider. In der FH-GuK-AV wird dabei die Fachkompetenz, die auf den jeweiligen Ebenen erworben werden soll, gesondert aufgelistet. Dabei wird noch eine weitere Ebene eingefügt und das fachliche Qualifikationsprofil in eine individuumsbezogene, eine organisationsbezogene und eine gesellschaftsbezogene Fachkompetenz unterteilt (FH-GuK-AV, Anlage 1).

Ressourcenorientierung

Die ressourcenorientierte Sichtweise, die an einen umfassenden Gesundheitsbegriff (biopsychosozial) anschließt und die Förderung von Gesundheit als zentrale Aufgabe verankert, findet sich in der FH-GuK-AV und der PA-PFA-AV wieder. Kranke *und* gesunde Menschen werden etwa explizit als Zielgruppe definiert (§ 3 FH-GuK-AV) und Gesundheitsförderung wird als integraler Bestandteil des Pflegeprozesses verankert: Die professionelle Pflege „integriert grundlegende Prinzipien der Gesundheitsförderung und Prävention in die tägliche Arbeit (z. B. Empowerment, Salutogenese, Lebensweltorientierung, verhaltens-, verhältnisbezogene Maßnahmen, Partizipation)“ (PA-PFA-AV Anlage 5 I Grundsätze der professionellen Pflege Abs. 10). Auch das Curriculum PA/PFA ist nach dem Prinzip „Von der Gesundheit zur Krankheit“ aufgebaut (Pfabigan et al. 2020).

Patientenrolle wird aktiv verstanden

Patientinnen und Patienten sollen aktiv in den Pflegeprozess einbezogen werden. Selbstbestimmung wird als wesentlicher Grundsatz hervorgehoben, die Aktivierung betont und die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten als Aufgabe der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe explizit festgehalten. Dabei gibt es einen Unterschied zwischen dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und den Pflegeassistentenberufen. Letztere vermitteln eher Informationen, während Beratung, Edukation oder Schulung dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege vorbehalten sind.

Zusammenarbeit und Kollaboration

Es wird ein Berufsverständnis vermittelt, das Pflegeberufe in einem komplexen System verortet, in dem aktiv im Team sowohl mit anderen Gesundheitsberufen als auch mit weiteren Berufsgruppen gearbeitet wird. Eigenverantwortung, Erfüllung angeordneter Aufgaben und aktive Zusammenarbeit kumulieren in den beschriebenen Qualifikationsprofilen. Dem GuKG liegt bezüglich Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen ein grundsätzlich multiprofessionelles Verständnis zugrunde (§ 16 GuKG). Aufgrund des ÄrzteG differenziert das GuKG nach „pflegerischen“ und „diagnostisch-therapeutischen“ Kompetenzbereichen (siehe bspw. für den gehobenen Dienst die §§ 14 und 15 GuKG). Erstere beruhen im Sinn der rechtlichen Systematik auf pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, zweitere auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen. Für alle „diagnostisch-therapeutischen Tätigkeiten“ ist eine vorangehende ärztliche „Anordnung“ in Analogie zu § 49 Abs. 3 ÄrzteG erforderlich. So sind beispielsweise auch Angehörige des gehobenen Dienstes

für alle Maßnahmen im Bereich Wundversorgung auf ärztliche „Anordnungen“ angewiesen. Das berührt zwar nicht GF/GK im eigentlichen Sinn, erschwert aber eine umfassend patientenorientierte Pflege. Beispielsweise verfügen GuK-Berufe über ein umfangreiches Wissen in der Wundversorgung. Trotzdem müssen sie, bevor sie tätig werden, eine ärztliche Verordnung einholen. Das verkompliziert mitunter die Versorgung der Patientinnen und Patienten – dieser Erschwernis liegt keine fachliche Begründung zugrunde.

Berufsrollen

Das Rollenverständnis bleibt für den gehobenen Dienst sowie für die Pflegeassistentenberufe nicht auf die Fachexpertise beschränkt, sondern es wird eingehend auf die sozial-kommunikativen Kompetenzen in der Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgruppen und die aktivierende und unterstützende Rolle im Umgang mit Patientinnen und Patienten eingegangen. Für den gehobenen Dienst wird dabei nicht nur auf die kommunikative Kompetenz verwiesen, sondern ebenfalls eine „Selbstkompetenz“ (FH-GuK-AV Anlage 2) angeführt. Dabei sollen Kompetenzen in der Reflexion des eigenen Handelns und auch Copingstrategien im Umgang mit schwierigen Situationen erworben werden. Auch für die PA und PFA ist die Stärkung der Gesundheitskompetenz nicht nur auf die Patientinnen und Patienten bezogen, sondern auch auf die Berufsgruppe selbst (Selbstfürsorgestrategien).

Ebenfalls umfasst das Rollenprofil des gehobenen Dienstes eine „wissenschaftliche Kompetenz“ (FH-GuK-AV Anlage 3), die dem gehobenen Dienst ermöglichen soll, sich am wissenschaftlichen Diskurs zu beteiligen. Mit Bezug auf die für den Arztberuf ausformulierten CanMEDS Roles wird hier ersichtlich, dass auch die GuK-Berufe ein weites Berufsprofil haben, das über die Rolle des „Professionals“ hinausgeht. Vor allem die Rollen Communicator, Collaborator, Advocate und für den gehobenen Dienst auch Scholar können in den Rechtsgrundlagen erkannt werden. Auch für die PA und die PFA werden im „Offenen Curriculum“ (Pfabigan et al. 2020) die Rollen umfassend gesehen: Kompetenzen in der Zusammenarbeit (Collaborator) sowie die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse der durch die PA bzw. PFA unterstützten Personen (Advocacy) werden im Rollenprofil hervorgehoben. Die Expertise in der Beziehungsherstellung wird insbesondere auch in dem für das Berufsprofil handlungsleitenden Instrument, dem Pflegeprozess, hervorgehoben. Dieser unterteilt sich in einen Problemlösungsprozess und einen Beziehungsprozess (Rappold/Aistleithner 2017), wobei für zweiteren insbesondere das Merkmal „Herstellung einer Kooperationsbeziehung“ als Aufgabe definiert ist. Pflegearbeit wird damit essenziell als Beziehungsarbeit verstanden.

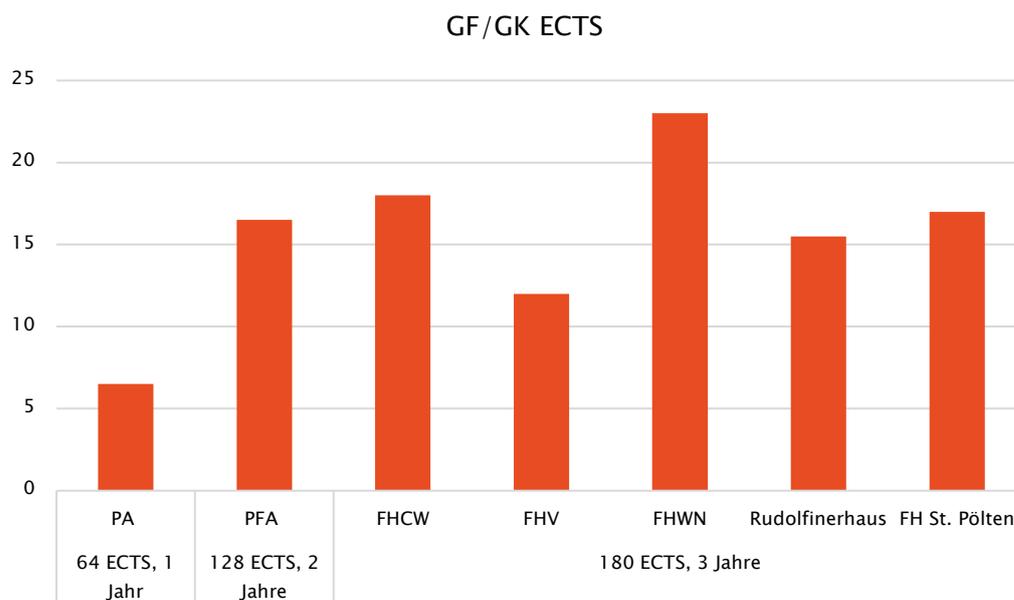
GF/GK in den Curricula

Im Folgenden wird darauf eingegangen, wie sich gesetzliche Rahmenbedingungen in der Ausgestaltung und in den Inhalten der Curricula des FH-Bachelorstudiums für Gesundheits- und Krankenpflege abbilden. Grundlage für die nachstehende Analyse sind Studienpläne von fünf Bachelor-Studiengängen und dem offenen Curriculum für PA und PFA (siehe Tabelle 4.3). Der Fokus der Analyse wurde darauf gerichtet, in welchen Lehrveranstaltungen Aspekte von Gesundheitsförderung bzw. Gesundheitskompetenz dezidiert vermittelt werden, das bedeutet, in welchen Lehrveranstaltungen wird ein inhaltlicher Fokus auf die Gesundheit gerichtet? Und: Im Rahmen welcher

Lehrveranstaltungen geht es um die Vermittlung sozial-kommunikativer Kompetenzen für den Umgang mit Patientinnen und Patienten sowie für eine inter-/multidisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit? Drei der insgesamt fünf ausgewerteten FH-Curricula (FH Campus Wien, FH St. Pölten und FH Vorarlberg) geben weiterführende Informationen und Erläuterungen zu den LV-Inhalten auf ihren Websites an. Die Publikationen von zwei weiteren FH-Studienplänen (FH Wiener Neustadt, Campus Rudolfinerhaus) halten nur eine Nennung der Lehrveranstaltungen mit LV-Titel und Angabe der zugeordneten ECTS bereit, ohne weitere detaillierte Erläuterungen zu den jeweiligen Inhalten der Lehrveranstaltungen.

Blickt man auf die Ergebnisse der Analyse der einzelnen Curricula bzw. Studienpläne, sowohl im Rahmen der Sekundarausbildung PA und PFA als auch des FH-Bachelorstudiums für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, so finden sich in allen Studienplänen Hinweise darauf, dass Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz eine ausgeprägte Rolle in den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen spielen (siehe Abbildung 4.6 sowie Tabelle 4.4).

Abbildung 4.6:
Lehrveranstaltungen im Rahmen der Ausbildung der GuK-Berufe mit Fokus auf GF/GK



Anmerkung: Der Aufwand für die zu erbringenden Leistungen wurde für die PA und PFA für die Vergleichbarkeit von Stunden in ECTS-Anrechnungspunkte umgerechnet.

Quelle: GÖG

Die Ausbildung zur PFA baut auf der PA-Ausbildung auf, somit sind die 6,5 ECTS-Anrechnungspunkte, die im Rahmen der Ausbildung zur PA auf GF/GK fokussieren, zu den 10 ECTS-Anrechnungspunkten, die im zweiten Jahr der PFA-Ausbildung hinzukommen, dazugerechnet worden. Für die PFA ergibt das eine Gesamtsumme von 16,5 ECTS-Anrechnungspunkten

bei einer Ausbildungsdauer von zwei Jahren. Damit liegt der Fokus auf GF/GK in der PFA-Ausbildung im Vergleich zu jenem im Rahmen des FH-Studiums im Durchschnitt. Für die nur zweijährige Ausbildung zur PFA ist GF/GK im Verhältnis zur Ausbildungsdauer überdurchschnittlich berücksichtigt. Dies ist zwar beachtenswert, gleichzeitig kann an dieser Stelle auch die Frage der Studierbarkeit dieser Themen in der kompakten Ausbildungszeit gestellt werden.

Tabelle 4.4:
Lehrveranstaltungen im Rahmen der GuK-Berufe mit Fokus auf GF/GK

Ausbildungs- grundlage/ECTS	Lehrveranstaltungen	Sonstiges
PA (Rahmencurriculum) GF/GK: 6,5 ECTS	Inhaltlicher Fokus Gesundheit (18 UE / 1 ECTS): „Grundsätze der professionellen Pflege I – Gesundheitsförderung und Prävention“ Sozial-kommunikative Kompetenzen (100 UE / 5,5 ECTS): „Beziehungsgestaltung und Kommunikation“	Lernergebnis- und kompetenzorientierter Aufbau. Die theoretischen Ausbildungsinhalte sind gegliedert in settingorientierte Lernfelder mit Kompetenzkatalog für die praktische Ausbildung.
PFA (Rahmencurriculum) GF/GK: 16,5 ECTS	Inhaltlicher Fokus Gesundheit (52 UE / 1,5 ECTS): „Grundsätze der professionellen Pflege I – Gesundheitsförderung und Prävention“, „Grundsätze der professionellen Pflege II – Gesundheitsförderung und Prävention“, „Zielgruppen- und settingorientierte Pflege einschließlich Pflorgetechnik – Menschen mit psychischer Erkrankung pflegen (Mental Health, Gesundheitsförderung, Resilienz)“ Sozial-kommunikative Kompetenzen (280 UE / 15 ECTS): „Beziehungsgestaltung und Kommunikation“, „Zielgruppen- und settingorientierte Beziehung und Kommunikation“, „Grundzüge und Prinzipien der Akut- und Langzeitpflege einschließlich Pflorgetechnik, mit Schwerpunkt auf Zielgruppen der Langzeitpflege – Mitwirkung bei der Pflege von Menschen mit Wahrnehmungs- und Kommunikationseinschränkungen“	Die theoretischen Ausbildungsinhalte sind eingeteilt in zielgruppenorientierte Lernfelder mit Kompetenzkatalog für die praktische Ausbildung.
FHCW GF/GK: 18 ECTS	Inhaltlicher Fokus Gesundheit (8 ECTS): „Grundlagen der Gesundheits- und Krankenpflege“, „Gesundheitsfördernde berufsspezifische Ergonomie“, „Gesundheitsförderung und Prävention“ sowie „Soziologie“. In letztgenannter LV wird insbesondere auf Forschungsbereiche von Public Health eingegangen. Sozial-kommunikative Kompetenzen (10 ECTS): „Grundlagen der Kommunikation und Konfliktlösung“, „Kommunikation in speziellen Settings“, „Fertigkeitstraining Deeskalation“, „Pädagogik“, „Beratungspraktikum“, „Grundlagen und Methoden der Beratung“	Die Inhalte der jeweiligen LV sind im Detail ersichtlich. Aspekte von GF und GK werden auch in LV vermittelt, die nicht explizit darauf ausgerichtet sind (-> integrativer Bestandteil des Curriculums).
FHV GF/GK: 12 ECTS	Inhaltlicher Fokus Gesundheit (7 ECTS): „Public Health“, „Pädagogik, Soziologie und Psychologie im Pflegekontext“, „Hauskrankenpflege, familienorientierte und gemeindenahere Pflege“ Sozial-kommunikative Kompetenzen (5 ECTS): „Kommunikation und Gesprächsführung in der Pflege, Einführung in die Pflegeberatung“, „Transdisziplinäre Fallarbeit“	Die Inhalte der jeweiligen LV sind im Detail ersichtlich. Aspekte von GF und GK vor allem im Hinblick auf Kommunikations skills werden auch in LV vermittelt, die nicht explizit darauf ausgerichtet sind (-> integrativer Bestandteil des Curriculums). Fortsetzung auf der nächsten Seite

Ausbildungsgrundlage/ECTS	Lehrveranstaltungen	Sonstiges
FHWN GF/GK: 23 ECTS	Inhaltlicher Fokus Gesundheit (16 ECTS): „Gesundheit, Prävention & Ernährung“, „Familiengesundheitspflege“, „Pflege bei chronischen Gesundheitsbeeinträchtigungen I“, „Pflege im häuslichen & gemeindenahen Setting“, „Pflegeedukation“, „Pflegerisches Beratungsgespräch & fallbasierte Pflegeberatung“, „Angewandte Pflege von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen“, „Case & Care Management“, „Public Health & Epidemiologie“, „Pflege bei chronischen Gesundheitsbeeinträchtigungen II“, „Angewandte Pflegepädagogik“ Sozial-kommunikative Kompetenzen (7 ECTS): „Kommunikation & Selbstkompetenz“, „Pflegfachliche Kommunikation“, „English for Nurses I + II“, „Transkulturelle Pflege“, „Konfliktmanagement & Selbstkompetenz“	Ein besonderer Schwerpunkt im Studium ist die Pflegeberatung und Schulung. Diese wird unter anderem mit Schauspielerinnen und Schauspielern trainiert. Neben der Vermittlung fachlicher Inhalte wird auch intensiv an der Entwicklung einer Haltung gegenüber Menschen unterschiedlichster sozialer und kultureller Herkunft gearbeitet.
Campus Rudolfinerhaus GF/GK: 15,5 ECTS	Inhaltlicher Fokus Gesundheit: Für den Campus Rudolfinerhaus sind das folgende LV mit insgesamt 12,5 ECTS: „Interventionen der Pflege bei chronischem Geschehen“, „Hauskrankenpflege, familienorientierte und gemeindenaher Pflege“, „Einführung in Public Health und Gesundheitsförderung“, „Intrapersonale Gesundheitsförderung“, „Care- und Casemanagement“, „Einführung in die Pflegeberatung“. Sozial-kommunikative Kompetenzen (3 ECTS): „Interaktion, Kommunikation, Gesprächsführung, Konfliktbewältigung“, „Kommunikation und Gesprächsführung in englischer Sprache“	In Kooperation mit der FHWN. Besonderer Fokus wird u. a. auf Kommunikation und Patientenedukation gelegt, die in verschiedenen Lehrveranstaltungen behandelt werden und sich, ebenso wie das Thema Caring, wie ein roter Faden durch das gesamte Studium ziehen (Infofolder Rudolfinerhaus).
FH St. Pölten GF/GK: 17 ECTS	Inhaltlicher Fokus Gesundheit (13 ECTS): „Geriatrische und gerontologische Pflege“, „Professionelles pflegerisches Handeln I“, „Gesundheitsförderung und Prävention“, „Kinästhetik“, „Pflege von Menschen mit spez. Gesundheitsbeeinträchtigungen I“, „Eduktion in der Pflege“, „Familiengesundheitspflege“, „Gemeinschafts- und gemeindeorientierte Pflege“, „Public Health“ Sozial-kommunikative Kompetenzen (4 ECTS): „Selbstkompetenz, Kommunikation und Gesprächsführung I“, „Selbstkompetenz, Kommunikation und Gesprächsführung 2“, „Interprofessionelles Lernen“	Das modular aufgebaute Studium basiert auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und vermittelt Lehrinhalte zu diagnostischen, rehabilitativen und therapeutischen Maßnahmen zur Erhaltung von Gesundheit und Verhütung von Krankheit.

Quelle: GÖG

4.3 Vergleich ärztlicher Berufe mit Gesundheits- und Krankenpflegeberufen

Vergleicht man die Berufsprofile, Ausbildungsverordnungen und Ausbildungsgrundlagen, so fällt Folgendes auf:

GF und GK sind für GuK-Berufe handlungsleitend. Die Rechtsgrundlagen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe – GuKG, FH-GuK-AV und PA-PFA-AV – bauen im Hinblick auf die Verwendung von Begrifflichkeiten, Rollendefinition und Beschreibung des Aufgabenspektrums stimmig aufeinander auf. Bei den ärztlichen Berufen weichen die Rechtsgrundlagen auf einigen Ebenen vonei-

einander ab. Dies betrifft vor allem begriffliche Differenzen (Vorbeugung, Vorsorge, Prävention, Gesundheitsförderung werden nicht konsistent verwendet). Zudem gibt es Inkonsistenzen in Bezug darauf, wie umfassend die Rolle der Ärztin bzw. des Arztes verstanden wird. Das umfassendere Rollenverständnis, wie es in der ÄAO und KEF-RZ-V verankert ist, rückt Kompetenzen und Behandlungsgrundsätze in den Fokus, die sich im ÄrzteG nicht wiederfinden. Das Ärztegesetz bleibt in einem rein medizinisch-fachlichen Rollenverständnis verhaftet, während die anderen Rechtsgrundlagen stark auf sozial-kommunikative Kompetenzen und ein umfassenderes Rollenverständnis (CanMEDS Roles) verweisen. Ein umfassenderes Rollenverständnis und die longitudinale Verankerung von GF/GK in der Ausbildung in Übereinstimmung mit der gesetzlichen Regelung der Berufsbilder wirken sich erheblich darauf aus, wie die professionelle Zusammenarbeit und die Beziehung zur Patientin bzw. zum Patienten verstanden werden können. Insofern ist der Fokus auf Gesundheit bzw. der ressourcenorientierte Ansatz bei GuK-Berufen im Gegensatz zu ärztlichen Berufen handlungsleitend.

Berufsgesetz der Ärzte ist stark auf das Individuum zentriert

Der Fokus der Arztberufe ist im Hinblick auf die Zielgruppe enger gefasst. Das Berufsprofil, wie es im ÄrzteG 1998 angelegt ist, ist individuumszentriert. Demgegenüber ist die Perspektive der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe auch auf Bevölkerungsgruppen und die Gesellschaft im Allgemeinen ausgerichtet. Diese umfassendere Perspektive ermöglicht, Gesundheit ganzheitlich zu verstehen, indem etwa soziale Faktoren und Verhältnisse (im Sinne von strukturellen Bedingungen von Gesundheit) mit einbezogen werden. In den Curricula zu Humanmedizin an den Universitäten finden sich Vorlesungen zu Themen wie „Public Health“, die alle Studierenden durchlaufen und in denen ebenfalls eine gesellschaftsbezogene Perspektive vermittelt wird. In der KEF-RZ-V findet sich diese Perspektive jedoch kaum, wird lediglich den Fachbereichen Public Health und Arbeitsmedizin zugeschrieben und ist nicht genereller Bestandteil des Berufsbildes der ärztlichen Berufe.

Unter Gesundheitsförderung wird in den ärztlichen Berufen v. a. Prävention verstanden

Der Fokus auf Gesundheit ist im ÄrzteG am geringsten ausgeprägt. In der ÄAO und KEF-RZ-V ist dieser Fokus weitreichender verankert. Insgesamt ist der Fokus auf Gesundheitsförderung bei den ärztlichen Berufen weniger umfangreich als jener bei den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen. Dies kann u. a. an einer starken Fokussierung auf das Individuum festgemacht werden. Das differente Verständnis von Gesundheit zwischen den ärztlichen Berufen und den GuK-Berufen drückt sich besonders in der Dominanz der Begriffe „Prävention“ und „Vorsorge“ in den Rechtsgrundlagen, die die ärztlichen Berufe regeln, aus. Diese werden um einiges häufiger verwendet als der Begriff „Gesundheitsförderung“ (siehe Abbildung 4.7) der bei den GuK-Berufen im Zentrum steht. Prävention ist auch in den Curricula der Humanmedizin stärker thematisiert als Gesundheitsförderung. Begriffe wie „Prävention“ und „Vorsorge“ sind enger mit dem Krankheitsbegriff verwoben als mit Gesundheit.

Abbildung 4.7:

Begriffsverwendung prozentuell innerhalb der jeweiligen Rechtsgrundlage

	GF	Präv.	Vors.	Vorb.	GK	Summe % (gerundet)
ÄrzteG 1998	0	0	0	100	0	100
ÄAO 2015	8,7	58,7	10,9	21,7	0	100
KEF-RZ-V 2015	9,4	59,9	30,1	0,6	0	100
GuKG	57,9	10,5	0	10,5	21,1	100
FH-GuK-AV	42,9	42,9	14,2	0	0	100
PA-PFA-AV+Anlagen	27,3	54,5	0	0	18,2	100

Quelle: GÖG

Zusammenarbeit

Den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen liegt ein interprofessionell ausgerichtetes Berufsverständnis zugrunde. Die Kompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im multiprofessionellen Versorgungsteam sind umfangreich definiert und folgen einem Teamverständnis. Bei verschiedenen ärztlichen Berufen ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit – im ärztlichen Verständnis die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen ärztlichen Fachgebieten – stark verankert. Die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen kann als „vertikale Koordination“ verstanden werden. Andere Gesundheitsberufe werden vor allem angewiesen und weniger eingebunden.

Sozial-kommunikative Kompetenzen in den Rechtsgrundlagen relativ stark verankert

Sozial-kommunikative Kompetenzen sind in den Rechts- und Ausbildungsgrundlagen sowohl der ärztlichen Berufe als auch der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe umfassend verankert. Eine Ausnahme stellt jedoch das ÄrzteG dar. Während etwa im GuKG schon eine Grundlage für ein Berufsverständnis geschaffen wird, das zentral auf Kommunikation und Zusammenarbeit aufbaut, wie Aktivierung der Patientinnen und Patienten, Rolle des Berufs in der multiprofessionellen Zusammenarbeit, kann ein umfassenderes Rollenverständnis der ärztlichen Berufe, das sozial-kommunikative Kompetenzen einschließt, nur in der ÄAO und der KEF-RZ-V erkannt werden. Im Ärztegesetz ist die Rolle der Ärztin bzw. des Arztes sehr eng an die medizinisch-fachliche Ebene geknüpft. Interessant beim Vergleich der Inhalte der Ausbildung von Arztberufen und GuK-Berufen ist, dass im Studium der Humanmedizin etwa gleich viele ECTS-Punkte auf GF/GK entfallen wie im Bachelorstudium Gesundheits- und Krankenpflege. Insgesamt dauert die universitäre Ausbildung Humanmedizin jedoch sechs Jahre (360 ECTS) und das an den Fachhochschulen angebotene Studium Gesundheits- und Krankenpflege drei Jahre (180 ECTS). Das heißt, im Vergleich zur Studierendauer ist der Fokus auf Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen stärker ausgeprägt.

Theorie-Praxis-Transfer von GF/GK ist bei der Ausbildung zu GuK-Berufen und ärztlichen Berufen ausbaufähig

Gesundheitsberufe können im Hinblick auf Gesundheitsförderung eine zentrale Rolle einnehmen (Werdecker/Esch 2021). Vor allem Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich, insbesondere der Allgemeinmedizin, könnten einen starken Einfluss im Hinblick auf die Förderung von Gesundheit und die Ausweitung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung haben (Watson 2008). Insbesondere die Bedeutung der Beratung im Rahmen des Patientengesprächs wird dabei hervorgehoben, aber auch das starke Vertrauen, das in die Ärztinnen und Ärzte vonseiten der Bevölkerung gesetzt wird, hat einen Einfluss darauf, dass GF in diesem Bereich auf fruchtbaren Boden fallen kann (ebd.). Für die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte gilt, dass hier der ressourcenorientierte Blick durch den starken Fokus auf Krankheitsvermeidung noch nicht voll ausgeschöpft ist (Watson 2008; Werdecker/Esch 2021). Die zuvor dargelegte Analyse der Lehrpläne der GuK-Berufe sowie jene der ärztlichen Berufe zeigt, dass GF und GK in der Ausbildung durchwegs eine Rolle spielen. Diese Feststellung deckt sich mit einer Untersuchung, die unter ähnlichem Aspekt (sozial-kommunikative Kompetenzen) die Lehrpläne analysiert hat (Knoll 2022). Durch die Expertenbefragung (Kapitel 7) – so viel soll darauf vorgegriffen werden – wurde klar, dass das Problem weniger in der curricularen Verankerung gesehen wird als vielmehr im Theorie-Praxis-Transfer, und hier vor allem in den in der Praxis vorgefundenen Rahmenbedingungen. Gelernte Inhalte in Bezug auf GF/GK würden aus verschiedenen Gründen, v. a. aufgrund von Personalmangel, aber auch in Ermangelung einer etablierten Praxis, in der Praxis weniger eine Rolle spielen und deshalb nicht umgesetzt werden können.

5 Organisationen und Finanzierung

5.1 Krankenanstalten

Untersuchungsgegenstand und Zuständigkeiten

Krankenanstalten sind „Einrichtungen zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustands durch Untersuchung, zur Vornahme operativer Eingriffe, zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung, zur Entbindung, für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe oder zur Bereitstellung von Organen zum Zweck der Transplantation sowie zur ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege von chronisch Kranken“ (§1 KAKuG). Gemäß dem Versorgungsstufenmodell des ÖSG 2017 sind Krankenanstalten Einrichtungen für die (akut-)stationäre Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einer bettenführenden Organisationseinheit einer (Akut-)Krankenanstalt auf Grundlage einer durch eine Anstaltsärztin oder einen Anstaltsarzt festgestellten Anstaltsbedürftigkeit (ÖSG 2017, 28 und 30). Liegt der Fokus des Versorgungsstufenmodells bereits auf akut und chronisch Kranken (ÖSG 2017, 30), gilt dies umso mehr für Krankenanstalten als Einrichtungen mit der höchsten Spezialisierung und damit einhergehend den komplexesten Anforderungen an die Arbeitsteilung. Die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung ist das zentrale Merkmal von Krankenanstalten in Abgrenzung zu anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens – siehe in diesem Sinn die Gewährung von Anstaltspflege gemäß § 144 Abs. 3 ASVG – sowie in Abgrenzung zum Pflegeheim mit bloß fallweiser ärztlicher Betreuung, VfSlg 13237, (Aigner et al. 2022, IV/6).

Die aktuelle Untersuchung fokussiert auf die Akutversorgung und hier vorrangig auf die stationäre Versorgung. Zur Akutversorgung zählen alle über die Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalten sowie Krankenanstalten, in denen die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 18 Tage oder weniger beträgt (siehe dazu BMSGPK 2022, 5). Akutkrankenanstalten können dabei auch über Abteilungen verfügen, in denen keine Akutversorgung geleistet wird. Die stationäre Versorgung umfasst hier Krankenanstalten aller Versorgungsstufen², von Standardkrankenanstalten bis zu Referenzzentren (§§ 2a bis 2c KAKuG).

Hinsichtlich der Finanzierung bezieht sich die Untersuchung auf nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) finanzierte Krankenanstalten.

Kompetenzrechtlich sind Angelegenheiten von Krankenanstalten gemäß Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG (Heil- und Pflegeanstalten) Bundessache hinsichtlich der Grundsatzgesetzgebung, für die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung sind die Bundesländer zuständig. Die Länder sind auch für

2

zum Begriff der Versorgungsstufen siehe (ÖSG 2017, Kapitel 3.2.3 Qualitätskriterien für Versorgungsmodelle ausgewählter Fach- und Versorgungsbereiche, S 117-119).

die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung durch Krankenanstalten zuständig. Im Rahmen des auf Bundesebene vereinbarten ÖSG erfolgt die Planung für die öffentlich versorgungswirksamen Krankenanstalten mittels der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG); zum ÖSG siehe Kapitel 3. Für die nähere Betrachtung, wie sehr GF und GK in den krankenanstaltenrechtlichen Regelungen enthalten sind, wird hier mit dem KAKuG als Grundsatzgesetz ausschließlich die bundesrechtliche Regelung untersucht. Das KAKuG verpflichtet die Länder zur Erlassung eigener krankenanstaltenrechtlicher Regelungen. Nachfolgend werden ausgewählte zentrale Aspekte zur Förderung von GF/GK angesprochen.

Fokus Krankenbehandlung

Der Fokus von Krankenanstalten liegt auf der Behandlung von Krankheiten. Einige marginale Hinweise für eine Fokussierung auf die Gesundheit lassen sich dennoch finden. So sind in § 1 KAKuG die Untersuchung Gesunder sowie operative Eingriffe an Gesunden wie z. B. kosmetische Eingriffe, Entbindungen und der Begriff „Vorbeugung“ im Jahr 1974 in das Gesetz aufgenommen worden. In der strengen Definition der Krankenanstalt in der Stammfassung des KAG sind diese Aspekte nicht enthalten (RV 769 BlgNR 23. GP EB 8) gewesen. Über die Aufnahme und Entlassung von Patientinnen und Patienten entscheidet eine Ärztin bzw. ein Arzt der Krankenanstalt (§§ 22 und 24 KAKuG). Gesunde Personen dürfen nur für die klinische Prüfung eines Arzneimittels oder eines Medizinproduktes oder für Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin aufgenommen werden (§ 22 Abs. 3 KAKuG).

Personenzentrierung ist vorrangig im Zusammenhang mit den Patientenrechten verankert

Aspekte von GF und GK finden sich vorrangig im Zusammenhang mit den Patientenrechten (§ 5a KAKuG). Im Wege der Landesgesetzgebung haben Krankenanstaltenträger Maßnahmen zu setzen, die die Einhaltung der Patientenrechte ermöglichen. Insbesondere das Recht auf Aufklärung und Information über die Behandlungsmöglichkeiten samt Risiken sowie das Recht, sich aktiv an den Entscheidungsprozessen, die den eigenen Gesundheitszustand betreffen, beteiligen zu können, sind zentral³ (§ 5a Abs. 2 KAKuG). Das KAKuG und die Patientencharta regeln jedoch nur Grundsätzliches zur Aufklärung. Die rechtlichen Grundlagen im Hinblick auf Aufklärung und Einwilligung gehen weit über diese Rechtsquellen hinaus (Aigner et al. 2022, I/73–I/130/d sowie zur Einwilligung I/131–154/b). Nähere Bestimmungen zur Verständlichkeit und zur aktiven Einbindung von Patientinnen und Patienten, wie beispielsweise die gemeinsame Entscheidungsfindung (Coulter 2019; Nowak/Schmotzer 2021), finden sich im KAKuG nicht.

Eine weitere hinsichtlich GF/GK wesentliche Regelung ist die Pflicht zur Sicherstellung psychologischer Betreuung und psychotherapeutischer Versorgung (§ 11b KAKuG). Mit dieser im Jahr 1993 eingeführten Regelung hatte der Gesetzgeber den Kontext von Erkrankungen mit arbeits-, lebensgeschichtlich, psychosozial und umweltbedingten Faktoren anerkannt (RV 1080 Blg.NR 18. GP 20).

3

Siehe dazu auch den Bericht der GÖG zu den Rechten von Patientinnen und Patienten (Nowak/Schmotzer 2021).

Dieser umfassenden Sichtweise steht allerdings entgegen, dass die psychologische Betreuung und psychotherapeutische Versorgung eingeschränkt ist auf die „auf Grund des Anstaltszwecks und des Leistungsangebots in Betracht kommenden Krankenanstalten“ (§ 11b KAKuG).

Die verpflichtende Einrichtung von Kinder- und Opferschutzgruppen im Jahr 2019 mit dem Aspekt der Früherkennung von Gewalt an Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sowie die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen (§ 8e KAKuG) sind weitere Aspekte von GF/GK unter Berücksichtigung der Tatsache, dass das Krankenhaus oft der erste Kontakt für von Gewalt betroffene Menschen außerhalb ihres sozialen Umfelds ist.

Eine weitere wesentliche Regelung sind die Bestimmungen über die Entlassung von Pflegelingen (§ 24 KAKuG), insbesondere über den Entlassungsbrief als wichtigen Pfeiler für ein Nahtstellenmanagement. Dabei ist hervorzuheben, dass Patientinnen und Patienten selbst bestimmen, wem der Entlassungsbrief übermittelt wird. Was nicht umfangreich geregelt ist, ist, dass der Entlassungsbrief verständlich sein muss und der Entlassung zeitgerecht ein Entlassungsgespräch voranzugehen hat. Die Anforderung an die Verständlichkeit ist stark eingeschränkt auf medizinische Informationen und auf Ärztinnen und Ärzte (§ 5a Abs. 1 Z 3 KAKuG). Verständlichkeit sollte grundsätzlich für alle Informationen, unabhängig vom Kommunikationsmedium, und für alle Mitarbeiter:innen von Krankenanstalten ein zentrales Qualitätskriterium sein.

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist in Bezug auf GF/GK im KAKuG zudem die Regelung zu unabhängigen Patientenvertretungen erwähnenswert (§ 11f KAKuG), die zur Prüfung allfälliger Beschwerden und zur Wahrnehmung der Patienteninteressen zur Verfügung stehen müssen.

Ganz allgemein ist zu hinterfragen, ob der in den krankenanstaltenrechtlichen Regelungen durchgehend verwendete Begriff „Pflegling“ noch den Einstellungen der heutigen Zeit entspricht und somit geeignet ist, eine partizipative Rolle von Patientinnen und Patienten bzw. Personen in Krankenanstalten bzw. im Gesundheitswesen zu beschreiben. Er vermittelt eher die Vorstellung von Patientinnen und Patienten als passive Leistungsempfänger:innen.

Zusammenarbeit ist auf oberster Leitungsebene multiprofessionell ausgerichtet

Die Zusammenarbeit berührt gemäß Analyseraster in Kapitel 2 sowohl innerorganisatorische Aspekte als auch die Zusammenarbeit von Krankenanstalten mit anderen – hier insbesondere mit nachbetreuenden – Einrichtungen. Auf beide Aspekte wird nachfolgend eingegangen.

Bei den innerorganisatorischen Aspekten sind hinsichtlich der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe die Regelungen über die Führungsstruktur von bettenführenden Krankenanstalten erwähnenswert. Auf Ebene der Leitung von Krankenanstalten ist die Zusammenarbeit multiprofessionell und kollaborativ gestaltet: Die Leitung setzt sich zusammen aus einer ärztlichen Leiterin bzw. einem ärztlichen Leiter, einer Leiterin bzw. eines Leiters des Pflegedienstes und einer Verwaltungsleiterin bzw. einem Verwaltungsleiter mit jeweils eigenen Zuständigkeits- und Verantwortungsbereichen (§§ 7, 11 und 11a KAKuG). Die gemäß KaKuG geforderte Eignung für die Leitungs-

funktion bestimmt sich für die pflegerische Leitung nach den Regelungen des GuKG, für die ärztliche Leitung enthält das KAKuG hingegen keine näheren Regelungen (Aigner et al. 2022, IV/16/f und IV/17).

Das KAKuG geht hinsichtlich der Leitung einer Krankenanstalt von einer kollegialen Führung aus (§ 5b Abs. 3 KAKuG). Wesentliche Aufgabe des Kollegialorgans ist die Sicherstellung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen (§ 5b Abs. 3 KAKuG). Alle Länder haben die im KAKuG (§ 6a KAKuG) eingeräumte Möglichkeit genutzt und die Zusammenarbeit als kollegiale Führung geregelt. Die konkreten das Kollegialorgan betreffenden Aufgaben und Entscheidungen sind in den Anstaltsordnungen der Länder im Rahmen der Vorgaben des KAKuG zu regeln (§ 6 KAKuG). Ein solches Kollegialorgan ist grundsätzlich vom Begriff her hierarchiefrei und entsprechend der Zielsetzung des § 5b Abs. 3 KAKuG kollaborativ. Das ist eine Besonderheit in hierarchisch organisierten Krankenanstalten und ausschließlich auf die oberste Führungsebene von Krankenanstalten beschränkt.

Auf Abteilungsebene ausschließlich ärztliche Leitung und keine Pflegeleitung

Auf der Ebene von Abteilungen ist gesetzlich ausschließlich eine ärztliche Leitung vorgesehen (§ 7 Abs. 4 KAKuG), aber keine pflegerische Leitung (§ 11a KAKuG). Hier ist kritisch zu hinterfragen, weshalb der Gesetzgeber für die aus Patientensicht wichtige Ebene der Dienstleistungserbringung auf die kollaborative Zusammenarbeit als wesentliche strukturelle Maßnahme für eine geforderte umfassende Qualitätssicherung verzichtet. Eine auch auf Abteilungsebene verankerte Pflegeleitung, parallel zur ärztlichen Leitung, könnte im Sinne einer kollegialen Leitung und auch im Sinne einer künftig verstärkt salutogenetischen Ausrichtung sinnvoll sein. Zudem haben Vertreter:innen des Pflegedienstes – zusätzlich zu Vertreterinnen und Vertretern anderer Gesundheitsberufe sowie weiteren Personen – auch Kinderschutzgruppen, Opferschutzgruppen (§ 8e KAKuG) sowie Ethikkommissionen (§ 8c Abs. 4 KAKuG) anzugehören. Das KAKuG sieht auch ausdrücklich die Möglichkeit von Pflegeforschungsprojekten sowie die Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte/-methoden vor (§c Abs. 3a und 4a KAKuG).

Dahingehend ist zu prüfen, welche strukturellen Maßnahmen hinsichtlich einer Zusammenarbeit als Kollaboration in den stark arbeitsteilig organisierten Krankenanstalten erforderlich wären. Kollaboration ist sowohl im Sinne der Leistungsqualität für Patientinnen und Patienten als auch für die Attraktivierung des Arbeitsumfelds zielführend. Kollaboration sollte dementsprechend über die regelmäßigen Dienstbesprechungen gemäß § 6 Abs. 1 lit. e KAKuG hinausgehend verankert sein. Die Dienstbesprechungen selbst sollten in den Anstaltsordnungen kollaborativ gestaltet sein. Aufgaben, die über die ärztlich-medizinischen Aufgaben hinausgehen und sinnvollerweise eine ausgeprägte Zusammenarbeit erfordern, sind beispielsweise alle Aufgaben in Bezug auf Patientenrechte, Qualitätssicherung, freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Gewaltschutz, Nahtstellenmanagement, Personalmanagement und -entwicklung etc.

Zusammenarbeit in der Nachbetreuung

Die Zusammenarbeit von Krankenanstalten mit anderen – hier insbesondere mit nachbetreuenden – Einrichtungen ist ein entscheidender Faktor, um Wiedereinweisungen zu vermeiden. Die 2012

von der Bundesgesundheitsagentur beschlossene und im Jahr 2018 aktualisierte BQLL AUFEM beschreibt die organisatorischen Rahmenbedingungen für einen patientenorientierten fließenden Übergang von einer betreuenden Einrichtung zur nächsten und damit den Aufnahme- und Entlassungsprozess. Diese Leitlinie ist gemäß § 4 Abs. 2 GQG eine Empfehlung und nicht verpflichtend, wird aber im Rahmen der verpflichtenden Qualitätsberichterstattung (§ 5b Abs. 6 KAKuG) berücksichtigt (BMSGK 2019). Eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer beispielsweise auch bei hochkomplexen Erkrankungen und die gesundheitspolitisch gewünschte Verlagerung von Leistungen außerhalb von Akutkrankenanstalten setzen voraus, dass die geeignete Versorgung dort sichergestellt ist. Es ist über die quantitative Kapazität hinaus auch zu klären, ob und welche spezifischen – vorwiegend beratenden – Leistungen bei hochkomplexen Betreuungssituationen, wie z. B. nach Organtransplantationen, Krankenanstalten für die nachbetreuenden Einrichtungen oder Personen erbringen sollen. Das heißt, vielfach sind Spezialkenntnisse auch in der weiteren Betreuung notwendig, die nicht flächendeckend außerhalb von Krankenanstalten vorhanden und auch nicht erwartbar sind, da dies sowohl aus Gründen der Personalverfügbarkeit als auch aus ökonomischer Sicht nicht zielführend wäre (siehe dazu auch Kapitel 3).

Gesundes Arbeitsumfeld

Das KAKuG adressiert die Mitarbeiter:innen von Krankenanstalten mehrfach. Gemäß § 6 Abs. 1 lit. e KAKuG hat die Anstaltsordnung „Dienstobliegenheiten“ der Mitarbeiter:innen und Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen zu enthalten. In Abhängigkeit von der näheren Ausgestaltung durch die Anstaltsordnung und in der weiteren Folge durch die Führungskräfte können diese Besprechungen gesundheitsfördernd wirken oder das Gegenteil bewirken.

Gemeinsam mit der o. a. Regelung der Dienstbesprechungen zwischen den Berufsgruppen, der Errichtung von Patientenvertretungen sowie Maßnahmen zu Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle wurde 1993 die Verpflichtung für Krankenanstalten, berufsbegleitende Supervision anzubieten, normiert (§ 11c KAKuG). Supervision muss im Rahmen der Dienstzeit angeboten werden. Die Supervision ist durch fachlich qualifizierte Personen auszuüben (§ 11c KAKuG). Anforderungen an die fachliche Qualifikation werden im KAKuG nicht definiert.

Weiters sieht das KAKuG eine regelmäßige Fortbildung *„der Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, der Angehörigen der medizinisch-technischen Dienste sowie des übrigen in Betracht kommenden nichtärztlichen Personals“* vor (§ 11d KAKuG). Weshalb das ärztliche Personal von dieser Regelung nicht erfasst ist, erschließt sich auf den ersten Blick nicht. Die erläuterten Bemerkungen zur Regierungsvorlage 1993 führen dazu aus: *„Es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, daß in Krankenanstalten allen Ärzten Gelegenheit geboten werden muß, sich ihrer aus dem Ärztegesetz ergebenden Fortbildungsverpflichtung nachkommen zu können“* (RV 1080 BlgNR 18. GP EB 20). Dieses Argument ist offenbar der Grund dafür, dass die Fortbildung nur für das „nichtärztliche“ Personal im KAKuG geregelt ist. Eine Ausnahme besteht nur für den ärztlichen Leiter des Blutdepots (§ 8f Abs. 1 KAKuG). Diese Differenzierung scheint im Lichte der für alle Gesundheitsberufe in den jeweiligen Berufsgesetzen verankerten Fortbildungspflicht und einer gleichen Berücksichtigung aller Gesundheitsberufe nicht zeitgemäß.

Zu den genannten Regelungen mit Bezug zu GF/GK sind noch die Bestimmungen über die Personalplanung zu erwähnen. Träger von bettenführenden Krankenanstalten haben gemäß § 8d KAKuG regelmäßig den Personalbedarf durch fachlich geeignete Personen zu ermitteln. Die kollegiale Führung hat über die Ergebnisse der Personalplanung jährlich der Landesregierung zu berichten. Personalplanung und Zusammenarbeit mit der Landesregierung sind von großer Bedeutung, insbesondere da die Länder für die Versorgung zuständig sind. Diese ebenfalls 1993 aufgenommene Bestimmung entspricht dem besonders hohen Stellenwert einer ausreichenden personellen Ausstattung (siehe RV 1080 BlgNR 18. GP EB 20; (Aigner et al. 2022)). Die Personalplanung hat nach wissenschaftlichen Methoden zu erfolgen (Aigner et al. 2022). Das von der Bundesgesundheitsagentur im Jahr 2010 beschlossene Handbuch für die Personalplanung ist eine Orientierungshilfe für die Krankenanstaltenträger als Ergänzung zum ÖSG (Wabro et al. 2010), enthält aber keine über Grundsätzliches zur Personalplanung hinausgehenden Details.

Der o. a. Verweis auf das Jahr 1993 zeigt im Vergleich mit den heutigen Regelungen, dass mitarbeiterbezogene Regelungen und Regelungen zu den Patientenrechten das letzte Mal vor 30 Jahren aufgenommen worden sind. Eine detailliertere Betrachtung vor dem Hintergrund gestiegener Anforderungen erscheint zielführend, insbesondere bezüglich Personalbedarf.

Wie oben ist auch hier allgemein zu hinterfragen, ob der in den krankenanstaltenrechtlichen Regelungen verwendete Begriff „nichtärztliches“ Personal eine positive Beschreibung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern darstellt und ein partizipatives und kollaboratives Verständnis von Zusammenarbeit der vielfältigen Gesundheitsberufe in Krankenanstalten fördert.

Finanzierung

Leistungen der Fondskrankenanstalten werden über ein leistungsorientiertes Pauschal-Abgeltungssystem zur Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-System) verrechnet (BMG 2010, 12). Das LKF-Modell ist das Regelwerk zur bundesweit einheitlichen Bepunktung von stationären Krankenhausaufenthalten mit konkreten Festlegungen zu allen leistungsorientierten Fallpauschalen einschließlich Zuordnungskriterien, Belagsdauerfestlegungen und LKF-Punkten, zur Intensivzusatzbepunktung sowie zu sämtlichen Sonderbereichen wie z. B. palliativmedizinischen Einrichtungen und Spezialfällen wie etwa tagesklinischen Aufenthalten (BMG 2010, 13). Im Rahmen des LKF-Systems kann die Dotierung des Kernbereichs im Landesgesundheitsfonds festgelegt werden. Daher sind bundesländerspezifische Unterschiede in der Bepunktung möglich.

Ob das gegenwärtige Regelwerk einschließlich der Änderungen und Neuerungen im Modell 2023 den Anforderungen an gesundheitsorientierte Krankenanstalten entspricht, bleibt einer weiteren Untersuchung vorbehalten. Eine solche Untersuchung sollte den Anspruch haben, rechtlich und im Sinn der Gesundheitsreform geforderte Aufgaben und Leistungen sowie Aufwände aufeinander abzustimmen. Das ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht in für die Umsetzung der Gesundheitsreform gebotenem Umfang gegeben. Es ist etwa nicht geklärt, ob und welche Leistungen Krankenanstalten für nachbetreuende Einrichtungen erbringen sollen.

5.2 Primärversorgung

Primärversorgung im Sinn des PrimVG

Die Primärversorgung ist die erste Versorgungsstufe im Gesundheitswesen, wie im Zuge des Versorgungsstufenmodells in Kapitel 3 Rechtliche Rahmenbedingungen für GF/GK auf Ebene des Gesundheitssystems erläutert. Die erste Versorgungsstufe umfasst zum einen die Primärversorgungseinheiten gemäß PrimVG, zum anderen neben Ärztinnen und Ärzten im niedergelassenen Bereich in Einzelordinationen oder Gruppenpraxen auch eine Vielzahl weiterer Gesundheitsberufe. Einen starken Fokus auf GF/GK haben beispielsweise „Community Nurses“, die als Pilotprojekte in Österreich seit 2022 nach internationalem Vorbild umgesetzt werden (siehe <https://cn-oesterreich.at>). In diesem Kapitel wird jedoch nur auf Primärversorgungseinheiten (PVE) gemäß PrimVG eingegangen. Zentrale Rechtsgrundlage ist das PrimVG. Wesentliches Kennzeichen von PVE im Sinn des PrimVG ist, dass PVE zwingend multiprofessionell und interdisziplinär sind (§ 1 PrimVG). § 1 PrimVG verweist auf die Definition von Primärversorgung in § 3 Z 9 G-ZG. Demnach ist „Primärversorgung“ bzw. „Primary Health Care“ *„die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.“* Damit ist die Definition von Primärversorgung im Sinne der Gesundheitsreform und des PrimVG enger als jene des Versorgungsstufenmodells.

Auf dem PrimVG baut der 2019 zwischen der Bundeskurie niedergelassene Ärzte der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband (jetzt: Dachverband) der österreichischen Sozialversicherungsträger gemäß § 342b ASVG abgeschlossene PV-GV auf. Der PV-GV ist als Rahmenvertrag Grundlage für die einzelnen Verträge der PVE. Diese werden zwischen einem Bundesland, der zuständigen Landesärztekammer und der ÖGK auf Grundlage des PV-GV und nach Maßgabe der Regelungen im RSG des betreffenden Bundeslandes abgeschlossen. In einigen Bundesländern wie beispielsweise Wien gibt es Gesamtverträge, die auf alle PVE im jeweiligen Bundesland anzuwenden sind und Grundlage für die Verträge der einzelnen PVE sind (aktuelle Informationen dazu auf <https://primaerversorgung.gv.at/downloads>, Abruf: 29. 1. 2023).

In diesem Kapitel werden das PrimVG und der PV-GV auf Bundesebene anhand der Codes gemäß Kapitel 2 analysiert.

Fokus auf Gesundheit

In der Zielsteuerung-Gesundheit ist der Ausbau der Primärversorgung eine der wichtigsten Zielsetzungen (Art. 6 ZS-G). Dazu sollen multiprofessionell und interdisziplinär agierende PVE etabliert werden, die den stationären Bereich entlasten und eine umfassende Versorgung anbieten. Gesundheitsförderung ist in der Definition der PVE zentral verankert. Die PVE wird in § 2 PrimVG als eine *„durch verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit gemäß dem Versorgungskonzept (§ 6) nach außen, vor allem gegenüber der Bevölkerung im Einzugsgebiet, als Einheit auftretende Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem“* beschrieben. Als solche hat sie die Aufgabe,

Angebote zur Förderung von Gesundheit und zur Prävention vor Krankheiten zur Verfügung zu stellen und eine umfassende Behandlung von Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen zu garantieren. Ebenfalls Aufgabe der PVE ist, die für *„gesamtheitliche und kontinuierliche Gesundheitsvorsorge und Krankenversorgung erforderlichen Maßnahmen zu koordinieren“* (§ 2 PrimVG). Wird in der Definition der PVE Gesundheitsförderung an erster Stelle und als zentrale Aufgabe definiert, so wird Gesundheitsförderung in § 3 „Öffentliches Interesse“ von dem Angebot „Primärversorgung, pflegerische und soziale Leistungen“ abgekoppelt und nicht als inhärenter Bestandteil dieser Leistungen konzipiert. Darauf verweist die Formulierung „sowie“: Die PVE hat demnach *„ein erweitertes Angebot an Leistungen der Primärversorgung, pflegerischer und sozialer Leistungen sowie Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention“* (§ 3 Abs. 2 Z 2 PrimVG) anzubieten. Im Vergleich des PrimVG mit dem PV-GV fällt auf, dass unter „Versorgungskonzept“ gemäß § 6 PrimVG Gesundheitsförderung nicht explizit als inhaltlicher Konzeptbestandteil angeführt wird, während im PV-GV *„Maßnahmen und Angebote der PVE in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention“* explizit als Bestandteile der Versorgungskonzepte anzuführen sind (§ 5 PV-GV). Das ist insofern ungewöhnlich, als ein dem Gesetz nachgeordneter Vertrag in einem wesentlichen Punkt strengere Regelungen als das zugrunde liegende Gesetz vorsieht.

Niederschwelligkeit und Personenzentrierung

Niederschwelligkeit und Personenzentrierung sind umfassend in den Anforderungen an eine PVE berücksichtigt (§ 4 PrimVG). Dies betrifft Zugänglichkeit, Öffnungszeiten, Barrierefreiheit, bedarfsgerechte Sprachdienstleistungen etc. Auch die wesentliche Anforderung, die Aufrechterhaltung der Behandlung und Betreuung zu sichern, wird an dieser Stelle erneut erwähnt. Niederschwelligkeit und Personenzentrierung in Bezug auf bestimmte Zielgruppen werden vor allem im Anhang des PV-GV näher ausgeführt (etwa *„Besondere Versorgungsanforderungen bei Menschen mit psychischen Störungen“*). Auch der aktive Zugang auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen findet sich in der Beschreibung des Leistungsumfangs im Anhang des PV-GV. Dadurch wird für die Arbeit der PVE auch eine Fokussierung auf Bevölkerungsgruppen und damit eine Bevölkerungsperspektive gefordert.

Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit von Gesundheitsberufen ist ein zentrales Merkmal von PVE. Multiprofessionalität und Interdisziplinarität sind gesetzliche Kernelemente der PVE (§ 1 PrimVG). Konkret muss das Kernteam verpflichtend aus Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin und Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zusammengesetzt sein. Allerdings ist diese Zusammenarbeit weiterhin vorwiegend hierarchisch strukturiert. Aufgrund der taxativ aufgezählten zulässigen Organisationsformen (§ 2 Abs. 5 PrimVG) und des ausschließlich zwischen der ÖÄK und der ÖGK 2019 abgeschlossenen PV-GV wird deutlich, dass alle anderen Gesundheitsberufe keine mit Ärztinnen und Ärzten gleichberechtigte und damit für das Leistungsangebot richtungsweisende Rolle einnehmen. Für die einzelnen PV-Verträge müssen von Ärztinnen und Ärzten als Gründerinnen und Gründern vorab Versorgungskonzepte mit Versorgungszielen, Leistungsspektrum, Aufbau- und Ablauforganisation erstellt werden. Andere Gesundheitsberufe, hier insbesondere der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege mit der für die Umsetzung

von GF/GK wesentlichen Expertise, sind in die Erstellung von Versorgungskonzepten nicht verpflichtend einzubinden. Damit bleiben Chancen für eine von Beginn an gemeinsame und einheitliche Sichtweise aller an einzelnen PVE beteiligten Gesundheitsberufe auf das Angebots- und Leistungsspektrum, insbesondere für Bereiche, die über die spezifisch ärztlich-fachlichen Aspekte hinausgehen, ungenutzt. Den Unterstützungsbedarf gerade im Bereich von GF/GK zeigt das Angebot der ÖGK zur Beratung von Gründerinnen und Gründern vor oder nach der Gründung einer PVE (siehe dazu auch die Befragung von Expertinnen und Experten in Kapitel 7).

Dass dies zum Teil den gesundheitspolitischen Zielsetzungen der Patientenorientierung zuwiderläuft, zeigt, dass das dem PrimVG zugrunde liegende Konzept „Das Team rund um den Patienten“ letztlich in „Das Team rund um den Hausarzt“ umbenannt worden ist und sich auch die Ausrichtung etwas stärker an einer ärztlich-medizinischen statt an einer multiprofessionellen Primärversorgung orientiert (Fischer/Schauppenlehner 2018).

Orts- und bedarfsabhängig sollen weitere ärztliche Fachrichtungen und Gesundheitsberufe in das Team der PVE eingebunden werden (§ 2 Abs. 2 und Abs. 3 PrimVG). Im PV-GV wird die Zusammenarbeit in Form von Team- und Fallbesprechungen nochmals explizit gefordert (§ 20 PV-GV). Der PV-GV listet das Kernteam noch umfangreicher auf und fügt den ärztlichen Stellen und den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege eine Stelle einer Ordinationsassistentin bzw. eines Ordinationsassistenten hinzu (§ 1 PV-GV). Vor allem im Anhang des PV-GV wird das Aufgabenprofil für die „teambasierte Primärversorgung“ umfangreich aufgelistet und die Koordination mit weiteren Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialbereich explizit als Basisaufgabe festgehalten.

Attraktive Arbeitsbedingungen für Mitarbeiter:innen

Durch flexible Arbeitszeiten und multiprofessionelle Kommunikation soll das Setting für die Berufsgruppen attraktiv gemacht werden. Abseits von diesen Kriterien sind im PrimVG selbst jedoch keine gesundheitsfördernden Maßnahmen wie etwa Supervision für Mitarbeiter:innen explizit verankert. Im PV-GV wird Supervision hingegen angeführt (§ 20 PV-GV). Ein weiterer Aspekt, der vor allem im Anhang des PV-GV Beachtung findet, ist die Einbindung und Aktivierung von Patientinnen und Patienten. Die Steigerung der Gesundheitskompetenz sowie die Unterstützung beim Selbstmanagement werden hier explizit als Aufgaben der PVE beschrieben.

Finanzierung von Leistungen für Gesundheitsförderung

Vertragspartner für die PVE ist die ÖGK (§ 2 Abs. 4 PrimVG); mit Blick darauf, dass die Krankenbehandlung zentral als Pflichtleistung gesetzlich verankert ist (§§ 133ff ASVG). Die Honorierung von ärztlichen Leistungen im Rahmen der Krankenbehandlung beruht in der Regel auf einer von der ÖGK mit der jeweiligen Landesärztekammer für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte vereinbarten Honorarordnung. In Bezug auf die rechtliche Verankerung der Finanzierung für GF/GK ist hingegen fraglich, welche Anforderungen die ÖGK in Bezug auf GF/GK an die PVE stellt und welche Leistungen für welche Zielgruppen konkret finanziert werden. In den Grundsätzen zur Honorie-

zung im PV-GV ist die Formulierung hinsichtlich der Verbindlichkeit abgeschwächt. Es werden Zielsetzungen aufgelistet, die „bestmöglich“ zu erreichen sind. Darunter finden sich auch die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention. Auch seitens der ÖGK wird formuliert, dass die finanziellen Rahmenbedingungen so gesteckt sein müssen, dass sie die Erfüllung der Versorgungsaufträge „ermöglichen“ (§ 16 PV-GV „Grundsätze der Honorierung und Honorierungsvereinbarung“). Letztlich zeigen die rechtlichen Grundlagen für PVE eine unzulängliche Regelung über die Finanzierung von GF und Prävention. Dazu trägt die o. a. Diskrepanz zwischen § 3 PrimVG, wonach Maßnahmen der GF und Prävention verpflichtende Angebote einer PVE sind, und § 6 PrimVG, gemäß dem sie nicht verpflichtender Teil des Versorgungskonzepts sind, bei. Das macht eine verbindliche Finanzierung von GF und Prävention schwierig, zumal die o. a. ärztlichen Honorarregelungen ohne die Finanzierung von Leistungen der GF und Prävention erstellt worden sind. Dies, obwohl gemäß PV-GV Maßnahmen der GF und Prävention verpflichtender Teil des Versorgungskonzepts sind, der PV-GV aber keine Vorgaben für die Finanzierung von GF und Prävention macht. Somit bleibt die Finanzierungsregelung für diese Leistungen den Verträgen der einzelnen PVE bzw. im Fall von Gesamtverträgen auf Ebene der Bundesländer diesen vorbehalten.

6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Tabelle 6.1 „Visualisierung der Einschätzung über die Verankerung von GF/GK auf unterschiedlichen Ebenen in den Rechtsgrundlagen“ gibt einen Überblick darüber, wie stark unterschiedliche Aspekte von GF/GK auf der Ebene der einzelnen Gesetze berücksichtigt werden. Sie basiert auf den in Kapitel 2 definierten Codes (siehe Tabelle 2.2), die GF und GK in unterschiedlichen Dimensionen festmachen. Die Übersicht beruht auf einer Einschätzung der Autorinnen und Autoren. Diese Einschätzung wird in der Tabelle 6.2 nochmals eingehend begründet. Die beiden Tabellen sollen einer allfälligen weiterführenden Überarbeitung der Rechtsgrundlagen dienen. Hier wird angezeigt, was auf der Ebene einzelner rechtlicher Grundlagen aus Sicht der Autorinnen und Autoren der Studie geändert werden könnte.

Der Überblick zeigt, dass aus Sicht der Autorinnen und Autoren nur an wenigen Stellen relevante Aspekte von GF/GK kaum bis gar nicht verankert sind (rote Felder). In den meisten anderen Feldern sind Aspekte wie etwa der Fokus auf Gesundheit oder Personenzentrierung in Ansätzen verankert. Aus der Analyse ist jedoch ersichtlich geworden, dass die jeweiligen Aspekte häufig ausbaufähig sind (gelbe Felder). In Bezug auf Gesundheit ist etwa erkannt worden, dass präventive Maßnahmen umfassend gesetzt werden, eine ressourcenorientierte Sichtweise jedoch durchgehend implementiert werden könnte. Gesundheitsförderung könnte ebenfalls stärker als integraler Bestandteil der Krankenbehandlung verankert werden. In der Dimension Personenzentrierung ist ersichtlich geworden, dass beispielsweise Rechte wie die Einsicht in Behandlungsunterlagen oder die Qualität von Gesundheitsinformationen rechtlich geregelt sind. Die Analyse hat aber auch deutlich gemacht, dass die rechtlichen Grundlagen noch einen Schritt weiter gehen könnten. Patientinnen und Patienten werden weiterhin eher als Leitungsempfänger:innen verstanden. Eine aktive Rolle der Patientinnen und Patienten, im Sinne einer Koproduktion von Gesundheit, konnte aus den rechtlichen Grundlagen nicht abgeleitet werden. Diese wäre jedoch wesentlich, um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken. Weitgehend verankert ist der Fokus auf Gesundheit, die Personenzentrierung und die Zusammenarbeit der Berufsgruppen im Gesundheitswesen in der Planungsgrundlage ÖSG. Auch für die PVE sind rechtliche Grundlagen geschaffen worden, die in diesen Dimensionen einen Schwerpunkt setzen. Um einen weiteren Schritt hin zu einem an Gesundheit orientierten Gesundheitswesen zu schaffen, müssen diese Aspekte jedoch in allen Bereichen gestärkt werden und sollten nicht auf einzelne Berufsgruppen und Organisationen beschränkt bzw. in der Planungsgrundlage verhaftet bleiben. Besonders wesentlich ist aber, dass diese Aspekte überhaupt den Schritt von den rechtlichen und planerischen Grundlagen in die Umsetzung schaffen. Wo an dieser Schwelle Potenziale und Hindernisse zu erkennen sind, ist Thema der im folgenden Kapitel vorgestellten Befragung von Expertinnen und Experten.

Tabelle 6.1:

Visualisierung der Einschätzung über die Verankerung von GF/GK auf unterschiedlichen Ebenen in den Rechtsgrundlagen

Bereich	Code	Fokus Gesundheit	Nieder- schwelligkeit	Personen- zentrierung	Zusammenarbeit	Gesundes Arbeitsumfeld	Fokus Gesellschaft	Organisation	Finanzierung
	rechtl. Grundlagen	0	1	2	3	4	5	6	7
Planung, Finanzierung	ÖSG	Gelb		Grün		Gelb			x
	GfG	Grün	x	x	x	x	Grün	x	Gelb
	ASVG	Gelb	Grün	Gelb		x	Grün	x	Gelb
ärztliche Berufe	ÄrzteG	Rot	x	Rot	Gelb		Rot	x	x
	ÄAO	Gelb	x	Grün	Gelb		Rot	x	x
	KEF-RZ-V	Gelb	x	Gelb		x	Gelb	x	x
GuK-Berufe	GuKG	Grün	x	Grün		x	Grün	x	x
	FH-GuK-AV	Grün	x	Grün		x	Grün	x	x
	PA-PFA-AV	Grün	x	Grün		x	Gelb	x	x
Krankenanstalten	KAKuG	Gelb			Rot	*	Gelb		
PV	PrimVG	Grün		Grün		Grün			Gelb
	PV-GV	Grün			Grün		Grün		

Grün: Dieser Aspekt von GF/GK ist umfassend verankert.

Gelb: Dieser Aspekt von GF/GK ist vorhanden, könnte aber weitreichender verankert werden.

Rot: Dieser Aspekt von GF/GK ist kaum bis gar nicht verankert.

X: Dieser Aspekt von GF/GK ist nicht prioritär in dieser Rechtsgrundlage zu regeln.

* Kollegiale Führung ist auf Leitungsebene gut verankert, auf Abteilungsebene nicht verankert.

Quelle: GÖG

Tabelle 6.2:

Begründung der Einschätzung über die Verankerung von GF/GK auf unterschiedlichen Ebenen in den Rechtsgrundlagen

Quelle	Erläuterung auf der Ebene der Codes
ÖSG	<p>Code 0 (Fokus Gesundheit): weitaus stärker im ambulanten Bereich verankert. Auch die Gesundheitskompetenz zu stärken, wird vor allem als Aufgabe des ambulanten Bereichs (insbesondere der PVE) festgelegt.</p> <p>Code 1 (Niederschwelligkeit): wird für die PVE berücksichtigt</p> <p>Code 2 (Patientenorientierung): explizit als Planungsgrundsatz definiert</p> <p>Code 3 (Zusammenarbeit): Ein multiprofessioneller und interdisziplinärer Behandlungsansatz ist sowohl in den Planungsgrundsätzen als auch als allgemeines Qualitätskriterium für den ambulanten wie stationären Bereich verankert.</p> <p>Code 4 (Gesundes Arbeitsumfeld): auf technische Ausstattung und Personalressourcen beschränkt</p> <p>Code 5 (Fokus Gesellschaft): Der Fokus auf Gruppen und die Gesellschaft wird dem ambulanten Bereich zugeschrieben (regionale Gesundheitsförderungsmaßnahmen).</p> <p>Code 6 (Organisation): Es wird umfassend auf die Qualitätskriterien für die unterschiedlichen Bereiche eingegangen.</p>
GfG	<p>Code 0 (Fokus Gesundheit): umfassender Gesundheitsbegriff: „Gesundheit der Bevölkerung im ganzheitlichen Sinn und in allen Phasen des Lebens“</p> <p>Code 5 (Fokus Gesellschaft): stark auf Bevölkerungsperspektive gerichtet</p> <p>Code 7 (Finanzierung): zu wenig im Verhältnis zu den Ausgaben für Krankenversicherung; nur projektbezogen</p>
ASVG	<p>Code 0 (Fokus Gesundheit): Die Sozialversicherungsträger haben Richtlinien zu erlassen, die die „Gesundheitsförderung und Prävention mit Bezug auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen oder Verhältnisse sowie Krankheitsrisiken, präventiv beeinflussbare Krankheiten oder Bedarfe spezifischer Bevölkerungsgruppen“ sicherstellen. Auch im Leistungsspektrum der Krankenversicherung wird festgehalten, dass dieses eine „zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung (Salutogenese) und Prävention“ (§ 116 Abs. 1 Z 5) abzudecken hat.</p> <p>Code 1 (Niederschwelligkeit): Versicherungsschutz ist umfangreich und niederschwellig.</p> <p>Code 2 (Patientenorientierung): Der Nutzen für die Patientinnen, Patienten und Patientenrechte werden an etlichen Stellen erwähnt.</p> <p>Code 5 (Fokus Gesellschaft): Es wird explizit an etlichen Stellen von Bevölkerungsgruppen gesprochen.</p> <p>Code 7 (Finanzierung): Krankenbehandlung im Vordergrund</p>
ÄrzteG	<p>Code 0 (Fokus Gesundheit): ist im Berufsbild (§ 2) kaum bis nicht verankert</p> <p>Code 2 (Personenzentrierung): Es finden sich im Gesetz kaum Behandlungsgrundsätze, die auf eine Personenzentrierung verweisen. Der § 51 „Dokumentationspflicht und Auskunftserteilung“ könnte stärker im Hinblick auf die Einbindung der Patientinnen und Patienten formuliert sein.</p> <p>Code 3 (Zusammenarbeit): Zuständigkeiten, Rechte und Pflichten in der Zusammenarbeit sind klar geregelt. Das Berufsbild ist jedoch eng an die medizinisch-fachliche Kompetenz geknüpft, die Rolle des Berufes als Schnittstelle in der Zusammenarbeit wird in dieser Rechtsgrundlage nicht hervorgehoben.</p> <p>Code 5 (Fokus Gesellschaft): Das Berufsbild (§ 2) ist individuumszentriert.</p>
ÄAO	<p>Code 0 (Fokus Gesundheit): ist vorhanden. Gesundheitsförderung im umfangreichen Sinne wird der Allgemeinmedizin (§ 10) und nicht den Sonderfächern zugeschrieben (§ 16).</p> <p>Code 1 (Niederschwelligkeit): Es werden ethische Grundsätze formuliert (§ 4), die auf Diversität eingehen.</p> <p>Code 2 (Personenzentrierung): Das Berufsbild wird umfangreich verstanden, psychosoziale Kompetenzen, die eine Voraussetzung für eine personenzentrierte Dienstleistung sind, sind verankert (§ 9 / § 17), Kompetenzen in der Patientenkommunikation sind Ziel der Ausbildung (§ 10 / § 16). Letzteres könnte weitreichender im Sinne eines Empowerments formuliert werden.</p> <p>Code 3 (Zusammenarbeit): Inter- und multiprofessionelle Zusammenarbeit ist als Aufgabe der Allgemeinmedizin verankert (Anlage 1), jedoch für die Sonderfächer, mit Ausnahme der Internistischen Sonderfächer (Anlage 12), nicht explizit hervorgehoben.</p> <p>Code 5 (Fokus Gesellschaft): Eine explizit an der Gesellschaft orientierte Perspektive ist nicht vorhanden.</p>

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Quelle	Erläuterung auf der Ebene der Codes
KEF-RZ-V	<p>Code 0 (Fokus Gesundheit): ist auf die verschiedenen Sonderfächer unterschiedlich verteilt und könnte beispielsweise für relevante Fächer wie etwa „Kinder- und Jugendheilkunde“ gestärkt werden. In der Allgemeinmedizin und dem Fach Public Health ist der Fokus auf Gesundheit umfangreich verankert.</p> <p>Code 1 (Niederschwelligkeit): Niederschwelligkeit ist vor allem als Sensitivität im Hinblick auf die „Betreuung von Menschen mit besonderen Bedürfnissen“ verankert.</p> <p>Code 2 (Personenzentrierung): Kommunikation mit Patientinnen und Patienten wird umfangreich erwähnt. Die Formulierungen könnten in Bezug auf Empowerment und Einbindung erweitert werden.</p> <p>Code 3 (Zusammenarbeit): Die Zusammenarbeit zwischen den ärztlichen Berufen ist weitaus stärker verankert als jene mit anderen Gesundheitsberufen oder weiteren Berufsgruppen. Gegebenenfalls wäre zu prüfen, ob die professionsübergreifende Zusammenarbeit in allen erforderlichen Bereichen ausreichend verankert ist.</p> <p>Code 5 (Fokus Gesellschaft): Der Fokus auf Gesellschaft bzw. Bevölkerungsgruppen ist in der Allgemeinmedizin und den Sonderfächern Public Health und Arbeitsmedizin verankert. Bei den anderen Fächern fehlt diese Perspektive.</p>
GuKG	<p>Code 0 (Fokus Gesundheit): ist im Berufsbild (§ 12) umfangreich verankert. Wesentliche Kompetenzen werden auch für die PA (§ 83) und PFA (§ 83a) und aus dem Kompetenzprofil des gehobenen Dienstes abgeleitet. Aus rechtlicher Sicht ist der Fokus auf Gesundheit damit verankert.</p> <p>Code 1 (Niederschwelligkeit): Interkulturelle Grundsätze sind explizit als handlungsleitende Grundsätze (§ 12 Abs. 1) verankert, diese sind eine Voraussetzung für eine kompetente niederschwellige und diversitätssensible Arbeit.</p> <p>Code 2 (Personenzentrierung): Personenzentrierung lässt sich v. a. in den in § 14 definierten „Pflegerische Kernkompetenzen“ erkennen. Hier wird die „theorie- und konzeptgeleitete Gesprächsführung“ betont. In speziellen Bereichen, wie der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege (§ 19), der Hospiz- und Palliativversorgung (§ 22b) sowie der Psychogeriatrischen Pflege (§ 22c), werden kommunikative Kompetenzen nochmals explizit angesprochen und etwa Aspekte wie Förderung der Persönlichkeit und Identität, das Erkennen von Bedürfnissen etc. zusätzlich betont. Die aktive Einbindung der gepflegten Personen könnte mitunter noch stärker betont werden.</p> <p>Code 3 (Zusammenarbeit): Die Rolle des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege in multiprofessionellen Versorgungsteams wird in § 13 (Kompetenzbereich) explizit hervorgehoben. Interprofessionelle Zusammenarbeit ist auch explizit Teil des Berufsbildes (§ 12 Abs. 4) und findet sich auch in § 14 (Pflegerische Kernkompetenzen) wieder. Ebenfalls wird sie in § 22b (Hospiz- und Palliativversorgung) nochmal angesprochen. Auch für die PA (§ 83) und PFA (§ 83a) wird die Rolle in der Zusammenarbeit explizit angesprochen.</p> <p>Code 5 (Fokus Gesellschaft): Der Fokus liegt im Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (§ 12 Abs. 5) explizit auch auf Gruppen und der Gesellschaft im Allgemeinen. Die Berufsbilder PA und PFA leiten sich daraus ab.</p>
FH-GuK-AV	<p>Code 0 (Fokus Gesundheit): ist in § 3 (Gestaltung der Ausbildung – fachliche Grundätze) verankert. Er findet sich auch in Anlage 1 (Fachkompetenz) wieder.</p> <p>Code 1 (Niederschwelligkeit): Besonderheiten verschiedener Zielgruppen sollen berücksichtigt werden (§ 3).</p> <p>Code 2 (Personenzentrierung): Im Qualifikationsprofil (§ 1) werden neben den fachlichen Kompetenzen sozial-kommunikative Kompetenzen angesprochen, die es zu erwerben gilt. Diese bilden die Grundlage für eine personenzentrierte Arbeit. In § 3 (Gestaltung der Ausbildung – fachliche Grundsätze) wird explizit angesprochen, dass die Dienstleistung an persönliche Bedürfnisse angepasst werden soll. Außerdem wird auf den Beziehungsaspekt zwischen Individuum und Pflegeperson verwiesen – in Anlage 1 und Anlage 2.</p> <p>Code 3 (Zusammenarbeit): Intra- und interprofessionelle Kompetenzen in der Zusammenarbeit sind in den fachlichen Grundsätzen (§ 3) verankert. Außerdem werden diese auch in der Anlage 1 betont.</p> <p>Code 4 (Gesundes Arbeitsumfeld): In der Anlage 1 wird die Kompetenz betont, Gefährdungen und Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz zu erkennen und diesen entgegenzuwirken.</p> <p>Code 5 (Fokus Gesellschaft): Der Fokus auf die Gesellschaft ist in § 3 (Gestaltung der Ausbildung – fachliche Grundätze) verankert.</p>

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Quelle	Erläuterung auf der Ebene der Codes
PA-PFA-AV	<p>Code 0 (Fokus Gesundheit): findet sich insbesondere in den Anlagen, in denen die Qualifikationsprofile festgehalten werden (Anlage 4, Anlage 5).</p> <p>Code 1 (Niederschwelligkeit): Das Thema Niederschwelligkeit wird im Kontext von Toleranz und Offenheit für Vielfalt an soziokulturellen Unterschieden in § 16 (Ausbildungsgrundsätze) hervorgehoben.</p> <p>Code 2 (Personenzentrierung): Beziehungsgestaltung und Kommunikation werden in sämtlichen Anlagen (1, 2, 4, 5) eingehend als zentrale Qualifikationen hervorgehoben.</p> <p>Code 3 (Zusammenarbeit): Kompetenzen in der Zusammenarbeit werden in sämtlichen Anlagen (1, 2, 4, 5) als zentrale Qualifikationsmerkmale hervorgehoben.</p> <p>Code 4 (Gesundes Arbeitsumfeld): In Anlage 4 und 5 wird die Kompetenz angegeben, dass die PA und PFA Gefahrenpotenziale im unmittelbaren Arbeitsumfeld erkennen und Maßnahmen zum Selbst- und Fremdschutz anwenden können.</p> <p>Code 5 (Fokus Gesellschaft): Die Gesellschafts- bzw. Bevölkerungsperspektive wird in dieser Rechtsgrundlage nicht nochmals erwähnt (leitet sich vom Berufsprofil des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im GuKG ab).</p>
KAKuG	<p>Code 0 (Fokus Gesundheit): ist ausbaufähig. In § 1 Begriffsbestimmung wird als Fokus der Krankenanstalt die „Vorbeugung“ genannt und die „Überwachung des Gesundheitszustandes“ angeführt. Hier wäre etwa zu diskutieren, inwiefern ein Fokus im Hinblick auf Gesundheitsförderung im Rahmen der Krankenbehandlung gestärkt werden könnte.</p> <p>Code 1 (Niederschwelligkeit): Im Vergleich zur PVE (PrimVG, und PV–GV) finden sich hier weniger Aspekte, die die Niederschwelligkeit und Zugänglichkeit explizit regeln. Aspekte hierzu sind ev. in § 5a (Patientenrechte), § 10 (Führung von Krankengeschichten) und § 24 (Entlassung von Pflinglingen) zu erkennen. Da es aber weniger um die Ermöglichung der Zugänglichkeit von Bevölkerungsgruppen geht, sondern eher die bedarfsgerechte Gestaltung für Individuen hervorgehoben wird, wurde eher der Code „Personenzentrierung vergeben“.</p> <p>Code 2 (Personenzentrierung): Personenzentrierung findet sich an den oben (Code 1) erwähnten Stellen. In § 5a wird etwa erwähnt, dass die Leistungen dem allgemein üblichen Lebensrhythmus angepasst werden müssen, auf Wunsch seelsorgerische und psychologische Unterstützung angeboten werden muss etc. Es muss auch eine Patientenvertretung geben (§ 11e). In § 24 werden die Informationen erwähnt, die den Patientinnen und Patienten mitgegeben werden müssen und die die Behandlungskontinuität sichern. Insgesamt ist in der Rechtsgrundlage wenig dahingehend verankert, wie Patientinnen und Patienten aktiv in die Behandlung eingebunden werden und wie gesichert wird, dass die Information von den Patientinnen und Patienten verstanden wird.</p> <p>Code 3 (Zusammenarbeit): Auf der Ebene der Zusammenarbeit finden sich in dieser rechtlichen Grundlage kaum Hinweise darauf, wie diese umzusetzen ist (dies fällt v. a. im Vergleich zum PrimVG auf). Im Hinblick auf die Kooperation mit dem extramuralen Bereich scheint die Grenze deutlich gezogen (in § 24 Entlassung von Pflinglingen wird auf die Herstellung von Behandlungskontinuität verwiesen).</p> <p>Code 4 (Gesundes Arbeitsumfeld): Im Sinne eines gesunden Arbeitsumfeldes ist etwa eine Ethikkommission einzurichten, die die strukturellen und personellen Rahmenbedingungen überwacht (§ 8c), es muss etwa Supervision angeboten werden (§ 11c) und Hygienestandards sind einzuhalten (§ 8a).</p> <p>Code 5 (Fokus Gesellschaft): Der Fokus auf die Gesellschaft ist insofern beachtet, als die Krankenanstalten Daten für die Planung und Forschung weiterzugeben und an der Forschung mitzuwirken haben (§ 8c).</p> <p>Code 6 (Organisation): Im KAKuG wird geregelt, dass die Leistungen mit den Zielen des ÖSG und der ZS-G übereinstimmen müssen, mit Verweis auf das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen zu dokumentieren und in Übereinstimmung mit dem GQG umzusetzen sind (§ 27b).</p> <p>Code 7 (Finanzierung): LKF berücksichtigt GF/GK nicht.</p>

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Quelle	Erläuterung auf der Ebene der Codes
PrimVG	<p>Code 0 (Fokus Gesundheit): ist in der Definition der PVE (§ 2), im öffentlichen Interesse (§ 3), im Leistungsumfang (§ 5) sowie im Versorgungskonzept (§ 6) verankert</p> <p>Code 1 (Niederschwelligkeit): ist in § 4 (Anforderungen an die Primärversorgungseinheit) verankert, ebenso in § 12 (etwa vollständige und verständliche Informationen)</p> <p>Code 2 (Personenzentrierung): findet sich etwa in § 3 (öffentliches Interesse), ist jedoch nicht weitreichend im Sinne einer aktiven Einbindung der Patientinnen und Patienten sowie der Bevölkerung verankert. Es wird lediglich formuliert, dass Leistungen an diese angepasst werden sollen.</p> <p>Code 3 (Zusammenarbeit): Dieser Code ist in den §§ 2, 3 und 6 umfangreich verankert, sowohl als Zusammenarbeit innerhalb der PVE als auch in den Kooperationen.</p> <p>Code 4 (Gesundes Arbeitsumfeld): Hierzu findet sich wenig. Eine bessere Zeiteinteilung und Zusammenarbeit im Team sollen das Arbeitsumfeld attraktiv machen.</p> <p>Code 5 (Fokus Gesellschaft): Dieser ist durch mehrere Ebenen berücksichtigt (insbesondere in § 4): Das Angebot der PVE muss sich am regionalen Versorgungsbedarf orientieren, die PVE muss an Versorgungsprogrammen teilnehmen und die Vernetzung mit anderen regionalen Einrichtungen ist gefordert.</p> <p>Code 6 (Organisation): Die PVE hat einen Auftrag zur GF, muss die Maßnahmen dazu im Versorgungskonzept definieren, diese Leistungen dokumentieren und wird evaluiert; die Maßstäbe der Evaluation sind nicht einheitlich geregelt.</p> <p>Code 7 (Finanzierung): GF-Maßnahmen sind Teil des Leistungsspektrums (Versorgungskonzept). Der Umfang der Finanzierung von GF-Leistungen ist jedoch nicht konkret geregelt (etwa Umfang der GF-Leistungen -> § 8 Verträge mit der Primärversorgungseinrichtung).</p>
PV-GV	<p>Code 0 (Fokus Gesundheit): ist in § 5 (Versorgungskonzept), § 16 (Grundsätze der Honorierung) und Anhang 1 (Basisaufgaben) verankert</p> <p>Code 1 (Niederschwelligkeit): ist in § 11 (Zugänglichkeit) sowie in Anlage 1 geregelt</p> <p>Code 2 (Personenzentrierung): ist in § 10 im Sinne von Recht auf freie Arztwahl vorhanden. In § 31 werden die Hausbesuche angesprochen. Umfassend ist die Personenzentrierung (etwa im Sinne einer Stärkung der Gesundheitskompetenz) in Anhang 1 verankert.</p> <p>Code 3 (Zusammenarbeit): Hier wird ein starker Fokus gesetzt, siehe Präambel und § 1. Außerdem ist in Anlage 1 ausgeführt, was Zusammenarbeit konkret bedeutet.</p> <p>Code 4 (Gesundes Arbeitsumfeld): Hierzu findet sich nichts Eindeutiges. Im Versorgungskonzept hat die jeweilige PVE die Möglichkeit, GF-Maßnahmen zu definieren, darunter können auch betriebliche Maßnahmen festgehalten werden.</p> <p>Code 5 (Fokus Gesellschaft): insbesondere durch die starke Vernetzung in der Region verankert (siehe Anhang 1)</p> <p>Code 6 (Organisation): Die PVE hat einen Auftrag zur GF, muss die Maßnahmen dazu im Versorgungskonzept definieren, diese Leistungen dokumentieren und wird evaluiert (§ 20); die Maßstäbe der Evaluation sind nicht einheitlich geregelt.</p> <p>Code 7 (Finanzierung): § 3 Versorgungsauftrag und Leistungsspektrum: GF-Maßnahmen sind Teil der Finanzierung, diese ist jedoch nicht konkret geregelt (etwa Umfang der GF-Leistungen).</p>

Quelle: GÖG

7 Befragung von Expertinnen und Experten

7.1 Allgemein

Der Analyse der rechtlichen Grundlagen in den Kapiteln 3 bis 5 folgte die Befragung von Expertinnen und Experten. Ein Ziel der Befragung war, die Interpretation der vorangegangenen Analyse aus unterschiedlichen Perspektiven einer kritischen Prüfung zu unterziehen. Ein weiteres Ziel war, weitere rechtliche und sonstige für die nachhaltige Implementierung von GF/GK relevante Maßnahmen zu identifizieren. Die Darstellung konzentriert sich dabei auf eine thematisch orientierte Zusammenfassung der – rechtlichen und sonstigen – Empfehlungen. Die Aussagen lassen dabei keine Rückschlüsse auf einzelne Expertinnen oder Experten zu.

Für die Befragung wurden mit dem Auftraggeber folgende Perspektiven abgestimmt: Patientinnen und Patienten, Mitarbeiter:innen bzw. Gesundheitspersonal, Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten und DGKP, Management von Krankenanstalten und PVE, Sozialversicherung als Kostenträger und Unterstützer bei der Implementierung von PVE.

Die GÖG führte nach Auswahl entsprechender Expertinnen und Experten auf der Basis von Gesprächsleitfäden 17 Interviews, großteils online, mit insgesamt 23 Personen. Es wurden Einzel- und Gruppeninterviews umgesetzt. Die Interviews dauerten zwischen 30 und 60 Minuten.

Zentrale Fragen waren:

- » Was verstehen Sie unter GF/GK und was bedeutet GF/GK für Ihren Bereich / Ihre Berufsgruppe?
- » Welche rechtlichen – und sonstigen – Maßnahmen sind aus Ihrer Sicht nötig, um GF/GK zu stärken?

Für ein besseres Gesamtbild wurde dabei auch nach den jeweils hinderlichen und förderlichen Faktoren gefragt. Alle Expertinnen und Experten waren dem Thema GF/GK gegenüber sehr aufgeschlossen und an diesem interessiert.

7.2 Befunde und Empfehlungen der Expertinnen und Experten

Die Kernaussagen und Empfehlungen sind themenbezogen und aggregiert. Die Empfehlungen hinsichtlich rechtlicher Anpassungen sind als Beispiele der jeweiligen Expertinnen und Experten und nicht als Ersatz für eine themen- und bereichsspezifisch umfassende Betrachtung und Diskussion zu verstehen.

7.2.1 Steigerung der Arbeitsplatzattraktivität als Grundvoraussetzung für GF/GK

Personalmangel als hinderlicher Faktor

Auf GF/GK angesprochen, haben alle befragten Expertinnen und Experten den Personalmangel im Gesundheitswesen erwähnt, der sich insbesondere auch aufgrund der Pandemie zugespitzt habe. Viele im Gesundheitswesen tätige Personen haben aufgrund der Überforderung und schlechten Arbeitsbedingungen den Beruf verlassen. Insgesamt haben viele Gesundheitsberufe in der gesellschaftlichen Vorstellung an Attraktivität eingebüßt. Durch den Personalmangel seien oft nur mehr die notwendigsten Maßnahmen möglich und für Maßnahmen im Bereich GF und GK bliebe kaum mehr Zeit. Die Überlastung vieler Bereiche führe auch dazu, dass GF und GK in der Praxisausbildung zu kurz kämen. Der Fokus auf das unmittelbar Nötige würde verhindern, dass man sich diesen Themen widmen könne. Ob bzw. inwiefern GF und GK vor der Pandemie in der Praxis umgesetzt werden konnten und inwiefern dementsprechend der (Personal-)Ressourcenengpass als wesentliche Hürde für GF/GK gesehen werden kann, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht direkt nachgezeichnet werden.

Theorie-Praxis-Transfer gelänge teilweise nicht

Als weiterer hinderlicher Faktor ist von einigen der befragten Expertinnen und Experten die Einstellung der Ausbildungsverantwortlichen zu GF/GK vorgebracht worden. Nur wenn die Verantwortlichen diese Themen ernst nehmen und den Studierenden zeigen, dass sie in der Praxis relevant sind und wie sie umgesetzt werden (etwa Empowerment und Einbindung von Patientinnen und Patienten), kann der Theorie-Praxis-Transfer gelingen. Die Analyse in Kapitel 4 hat gezeigt, dass GF und GK feste Bestandteile der Ausbildung sind. In der Diskussion mit einigen Ausbildungsverantwortlichen ist angedeutet worden, dass diese Themen in den Fachhochschulen und an Universitäten teilweise stärker forciert würden als etwa auf den Stationen der Krankenanstalten im Rahmen der Praxisausbildung. Dies ist vor allem auch auf den Personalmangel zurückgeführt worden. Des Weiteren ist teilweise festgestellt worden, dass die Ausbilder:innen selbst diesen Themen wenig Priorität beimessen bzw. einer Generation entstammen, die GF und GK weniger in ihrer Ausbildung vermittelt bekommen haben.

Diskrepanz zwischen volkswirtschaftlicher Ausrichtung der Gesundheitsreform und betriebswirtschaftlichen Bewertungskriterien der Krankenanstalten

Die in den Krankenanstalten tätigen Personen vermissen einen klaren Auftrag in der Umsetzung von GF/GK und sehen sich widersprüchlichen Anforderungen gegenüber: Die Gesundheitsreform ist *volkswirtschaftlich* ausgerichtet, die Beurteilung von Krankenanstalten erfolgt hingegen nach *betriebswirtschaftlichen* Kriterien. Wenn GF und GK nicht explizit in die Finanzierungs- und Dokumentationssysteme der Krankenanstalten einfließen, behindere dies die Umsetzung. Die Krankenanstalten würden mehr und mehr dazu angehalten, betriebswirtschaftlich zu denken. Leistungen,

die sich in betriebswirtschaftlichen Kennzahlen spiegeln, würden erbracht, andere vermieden werden. Teilweise würde auch das Berufsethos mit dem betriebswirtschaftlichen Denken im Konflikt stehen. Dies ist mitunter als ein zentraler Faktor zu sehen, der die Arbeitsplatzzufriedenheit einschränkt. Eine starke Diskrepanz zwischen Berufsethos und Anforderungen des Arbeitsumfeldes kann zu „moral distress“ führen (Lamiani et al. 2017).

Die steigende Kommodifizierung von Gesundheitsdienstleistungen und die damit einhergehende Taylorisierung der Tätigkeiten im Gesundheitswesen (Dowling 2022) haben zu Bewertungskriterien geführt, die dem Berufsethos vieler Gesundheitsberufe diametral entgegenstehen. Es geht nicht nur darum, mehr finanzielle Ressourcen bereitzustellen – wenngleich das ebenfalls erforderlich sein wird –, sondern auch darum, die Gestaltung der Arbeitsabläufe sowie die Finanzierung und die Bewertung der Dienstleistungen so zu gestalten, dass sie mit den Kernprämissen der Gesundheitsberufe übereinstimmen. Standardisierung und Personenzentrierung sind etwa zwei Prämissen, die gleichzeitig gefordert werden, aber nur schwer miteinander vereinbar sind. Dass Krankenanstalten für die Umsetzung von GF/GK ein besonders schwieriges Setting darstellen, zeigt auch eine quantitative Befragung verschiedener Gesundheitsberufe in Österreich (Griebler et al. 2023).

Empfehlung seitens der Expertinnen und Experten:

- » Um die **Arbeitsplatzattraktivität** im Gesundheitswesen zu stärken, müssen die in der Ausbildung vermittelten Inhalte auch an den Arbeitsplätzen gefragt und gefördert werden. Hierfür müssen Arbeitsabläufe, Bewertungssysteme und die Finanzierung angepasst werden. Es ist durch den Abgleich der Analyse der Ausbildungsgrundlagen mit den Interviews von Expertinnen und Experten deutlich geworden, dass GF und GK stärkere Relevanz in der theoretischen Ausbildung als im Berufsalltag und der praktischen Ausbildung haben.
- » Die **Finanzierungssysteme** seien dahingehend zu überdenken, dass Leistungen im Bereich GF/GK auch tatsächlich erfasst und dadurch erbracht werden können (ASVG, LKF und die Finanzierung von PVE).

7.2.2 Viele Einzelmaßnahmen – kein Gesamtkonzept

Das österreichische Gesundheitswesen hat trotz vieler Bemühungen – vor allem auf der Ebene des Gesamtsystems und vieler Einzelmaßnahmen, die von Expertinnen und Experten als „Insellösungen“ ohne Gesamtkonzept für GF/GK im Gesundheitswesen bezeichnet werden – weiterhin einen tief in seiner „DNA“ verankerten pathogenetischen Ansatz. Den gesamthaften Wandel des Gesundheitssystems von einem pathogenetischen hin zu einem salutogenetischen Ansatz sehen vor allem die Gesundheitsberufe, insbesondere die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe und die in der PVE tätigen Personen, als den zentralen Angelpunkt der Gesundheitsreform, um die gesundheitspolitischen Ziele zu erreichen. Die Expertinnen und Experten haben je nach Gesundheitsberuf (Ausbildung, berufliche Praxis), Art der Einrichtung (Krankenanstalt, PVE) und Finanzierung von Leistungen ein grundlegend unterschiedliches Begriffsverständnis von GF und GK.

Viele rechtliche Grundlagen für GF/GK sind politikfeldübergreifend. Es fehlt aber ein Gesamtkonzept für eine Gesundheitspolitik im engeren Sinn. Gründe dafür sind, dass hier der Fokus sehr stark auf der Krankenbehandlung liegt und der Anteil der Ausgaben gemessen am BIP sehr hoch ist. Auf der Ebene des Gesundheitssystems, siehe Kapitel 3, attestieren die Expertinnen und Experten eine großteils ausreichende Verankerung von GF/GK in den Rechtsgrundlagen. Was jedoch fehlen würde, sei ein Gesamtkonzept, das aufzeigt, was GF und GK konkret für verschiedene Einrichtungen des Gesundheitssystems bedeuten, das heißt, welche Leistungen von und Rahmenbedingungen für Akutkrankenanstalten bis hin zu Angehörigen von Gesundheitsberufen im niedergelassenen Bereich gefordert sind. Durch ein Gesamtkonzept würde auch die Kohärenz zwischen Rechtsgrundlagen, Versorgungsaufträgen und dem Finanzierungssystem gestärkt werden. Insbesondere in Bezug auf Krankenanstalten scheint die Zuständigkeit und der Auftrag hinsichtlich GF/GK diskussionsbedürftig zu sein. Das heißt, was bedeuten GF und GK im Versorgungsauftrag der Krankenanstalten und wie sind die Übergänge zwischen Krankenanstalten und anderen Versorgungsbereichen zu koordinieren bzw. ist die planerisch scharfe Trennung der zwei Bereiche hinsichtlich aller Leistungen zielführend? Krankenanstalten sind hochspezialisierte Einrichtungen und verfügen über spezifisches Wissen und Kompetenzen zur Behandlung hochkomplexer Erkrankungen. Es sei zu überlegen, wie dieses Know-how in bestimmten Fällen auch den nachbehandelnden Einrichtungen und Angehörigen von Gesundheitsberufen zur Verfügung gestellt werden könnte.

7.2.3 Operationalisierung der Begriffe GF und GK für die jeweiligen Versorgungsbereiche

Die Begriffe GF und GK sind interpretationsbedürftig. In den Interviews ist deutlich geworden, dass je nach Berufsgruppe und Setting Unterschiedliches unter diesen Begriffen verstanden wird bzw. besonders mit Gesundheitskompetenz recht wenig assoziiert wird. GF wird oft als eine von der individuumsbezogenen „Krankenbehandlung“ verschiedene Leistung mit anderen Zielgruppen und gesonderter Finanzierung verstanden oder mit bestimmten Gesundheitsförderungsprogrammen in Verbindung gebracht. Von bestimmten Berufsgruppen und in bestimmten Settings werden GF und GK auch als integraler Bestandteil jeglichen Kontakts mit Patientinnen und Patienten verstanden. Im Sinne von „every contact counts“ müsste dementsprechend jede Gesundheitsdienstleistung GF und GK enthalten. Diese Vorstellung stimmt mit den allgemeinen gesundheitspolitischen Zielen überein und ist insbesondere in den PVE bzw. den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen verankert.

Von allen Interviewpartnerinnen und -partnern ist die mangelnde Kohärenz zwischen gesundheitspolitischer Zielsetzung und den Rahmenbedingungen einschließlich Anreiz- sowie Finanzierungssystem angesprochen worden. Die auch in den Rechtsgrundlagen im Zusammenhang mit der Zielsteuerung und im PrimVG nicht konkret differenzierten Begriffe GF, GK, Prävention und Vorsorge verstärken die Begriffsverwirrung und werden von manchen Interviewpartnerinnen und -partnern synonym verwendet. Teilweise wird GF vorrangig mit betrieblicher Gesundheitsförderung in Zusammenhang gebracht.

Auf rechtlicher Ebene wird vor allem die aktive Einbindung von Patientinnen und Patienten im Sinne einer Koproduktion von Gesundheit als unzureichend wahrgenommen. Diese Einbindung wäre für den rechtlich geforderten „informed consent“ sowie für ein „shared decision making“ im Sinne einer umfassenden Selbstbestimmung notwendig. Hier wäre für die Expertinnen und Experten aus den Bereichen PVE, Krankenanstalten, GuK-Berufe und Vertretungen von Patientinnen und Patienten vorrangig eine Weiterentwicklung wünschenswert. Dies insbesondere auch deshalb, weil die aktive Einbindung von Patientinnen und Patienten eine wesentliche Voraussetzung für das Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen sei.

7.2.4 GF/GK ist Teamarbeit

Von den Expertinnen und Experten mit Ausnahme der Gesprächspartner:innen aus dem ärztlichen Bereich ist betont worden, dass GF/GK Teamarbeit bedeutet. Das heißt unter anderem, dass Leistungen der GF/GK in der Regel von anderen Gesundheitsberufen und großteils nicht von Ärztinnen und Ärzten erbracht werden. Wesentlich scheint hier, dass die salutogenetische Ausrichtung des Gesundheitswesens eine auch rechtlich stärkere Einbindung und Verantwortung der anderen Gesundheitsberufe, hier namentlich der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, erfordert. Das beruht darauf, dass die Ausbildung und das Berufsbild der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zu einem umfassenden Selbstverständnis von GF/GK im beruflichen Handeln führen.

7.2.5 Stärkung von GF/GK im niedergelassenen Bereich

Einige Expertinnen und Experten sehen in Bezug auf GF/GK im niedergelassenen Bereich eine einseitige Fokussierung auf PVE. Aus ihrer Sicht sollten auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bei der Implementierung von GF/GK so unterstützt werden wie die weitaus geringere Zahl von derzeit 39 PVE. Sie haben aufgrund der großen Anzahl an Patientinnen und Patienten mangelnde zeitliche Ressourcen und auch durch fehlende Vernetzung nicht das Know-how, um GF/GK ausreichend umzusetzen. Der gewünschte Wandel hin zu einer verstärkten Ausrichtung auf GF/GK könne nur gelingen, wenn diese weitaus größere Zielgruppe eingebunden wird. Hierfür sollten Unterstützungsangebote ausgearbeitet werden. Im Kontext der PVE wäre eine bundeseinheitliche Evaluierung und Qualitätssicherung sinnvoll.

8 Empfehlungen

Die Empfehlungen in diesem Kapitel beruhen auf den Ergebnissen der Analyse in den Kapiteln 3 bis 6 sowie den in Kapitel 7 enthaltenen Aussagen der Expertinnen und Experten. Den Empfehlungen sind daraus abgeleitete Annahmen/Grundsätze vorangestellt, die für die nachfolgenden Empfehlungen handlungsleitend sind.

8.1 Annahmen/Grundsätze

Ein gelungener Wandel von einem pathogenetisch ausgerichteten „Krankenversorgungswesen“ zu einem salutogenetischen Gesundheitssystem mit Fokus auf Gesunderhaltung ...

- » ... ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor zur Erreichung der gesundheitspolitischen Ziele.
- » ... erfordert eine langfristige strategische Ausrichtung.
- » ... erfordert ein darauf ausgerichtetes Evaluierungs-, Qualitätssicherungs- und Finanzierungssystem.
- » ... sollte alle Einrichtungen des Gesundheitswesens gleichermaßen einbeziehen, d. h. von Akutkrankenanstalten bis zu freiberuflich tätigen Angehörigen von Gesundheitsberufen.
- » ... erfordert je Versorgungsstufe und Einrichtungsart die Definition konkreter Anforderungen und Aufgaben sowie konkrete Ziele und Maßnahmen.
- » ... berücksichtigt, dass Führungskräfte in den Einrichtungen eine besondere Verantwortung für diesen Kulturwandel tragen.
- » ... berücksichtigt, dass der Kulturwandel auch zu einer Neuorientierung von Aufgaben und Zuständigkeiten der Gesundheitsberufe und Zusammenarbeit unter Berücksichtigung der jeweiligen spezifischen Expertise im Bereich GF/GK führt.
- » ... beachtet die zielgruppenspezifischen Bedürfnisse.
- » ... anerkennt, dass die angestrebten Ziele als Outcome nicht in wenigen Jahren erreichbar sind.

8.2 Empfehlungen bezüglich der Schaffung von Rahmenbedingungen

Attraktivierung der Arbeitsplätze als zentrale Rahmenbedingung für GF/GK

Damit Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in der Praxis umgesetzt werden können, müssen sich die Rahmenbedingungen ändern. Oberste Priorität hat dabei eine Attraktivierung der Arbeitsplätze, um die derzeit im Gesundheitswesen beschäftigten Personen im Beruf zu halten und neues Personal für den Sektor zu gewinnen. Der Personalmangel wird noch vor der Finanzierung als größte Herausforderung gesehen. Ohne genügend und für GF/GK ausreichend qualifiziertes Personal wird GF/GK in der Praxis nicht im notwendigen Ausmaß umgesetzt werden.

- » Steigerung der Attraktivität der Gesundheitsberufe
 - » Nutzen des gesamten Kompetenzprofils der Gesundheitsberufe und damit auch der GF/GK
 - » patientenorientierte und mitarbeiterorientierte GF/GK als verpflichtender Bestandteil der Arbeit in allen Gesundheitseinrichtungen
 - » Führungspersonen in Gesundheitseinrichtungen treiben Bemühungen zur stärkeren Fokussierung von GF/GK (patientenorientiert sowie mitarbeiterorientiert) voran.
 - » Die erforderlichen Ressourcen (Zeit, Personal) sind vorhanden.
- » Rechtliche und strukturelle Verankerung von Teamarbeit
 - » Mitsprache auf gesundheitspolitischer Ebene
 - » partizipative Führung auf Organisationsebene
 - » berufsrechtliche Gleichstellung

Bündelung und Strukturierung von Maßnahmen im Bereich von GF/GK

Die Initiativen zu GF/GK im Gesundheitswesen werden sowohl von den befragten Expertinnen und Experten als auch von den Autorinnen und Autoren – auf Basis der Recherchen – als zersplittert wahrgenommen. Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit gibt es zwar die gemeinsam von Bund, Ländern und Sozialversicherung vereinbarte Gesundheitsförderungsstrategie. Hier behindere jedoch die eingeschränkte Verbindlichkeit der Maßnahmen, die unzureichend nachhaltige Finanzierung sowie die fehlende Wirkungsevaluation und Abstimmung eine umfassende Zielerreichung (Rechnungshof 2023).

- » ein übergeordnetes Konzept für GF/GK unter Beteiligung aller Stakeholder im Gesundheitssystem entwickeln, das Ziele, Aufgaben und Nutzen im Bereich GF/GK für verschiedene Gesundheitseinrichtungen definiert und für alle Beteiligte sichtbar macht
- » eine Übersicht über gesundheitsfördernde Aktivitäten im Gesundheitswesen erstellen
- » Koordination und einheitliches Monitoring dieser Tätigkeiten
- » einheitliches Auftreten nach außen

Stakeholder-Beteiligung

- » Bei der Entwicklung von Maßnahmen sollten alle betroffenen Bereiche/Stakeholder umfangreich eingebunden werden.

8.3 Generelle Empfehlungen die Rechtsgrundlagen betreffend

Begriffe sollten definiert und operationalisiert werden

Der Begriff „Gesundheitsförderung“ wird stark mit Finanzierungslogiken verknüpft und daher als von Krankenbehandlung losgelöste Leistung betrachtet. Daher ist zu überlegen, ob für das Gesundheitswesen nicht besser der Begriff „Gesundheitsorientierung“ oder „Salutogenese“ verwendet

werden soll. Jedenfalls muss der Begriff in weiterer Folge für die verschiedenen Bereiche operationalisiert und konkretisiert werden, welche Leistungen konkret umzusetzen sind. Was heißt Gesundheitsorientierung etwa für eine Krankenanstalt oder was kann eine PVE in diesem Bereich umsetzen? Der Aufwand für einen umfangreichen Wandel hin zu GF/GK wird in jedem Fall hoch sein, wie bereits an der erforderlichen Unterstützung für PVE ersichtlich wird, wo der Aufgabebereich GF/GK noch am klarsten festgelegt ist. Die zentralen Begriffe sollten über die Rechtsgrundlagen hinweg einheitlich verwendet werden.

- » durchgehend einheitliche (Legal-)Definitionen von GF/GK bzw. o. a. Begriffe verwenden
- » GF/GK muss sowohl als von der Krankenbehandlung losgelöste Leistung als auch als integraler Bestandteil jeder Krankenbehandlung betrachtet werden. Dabei gilt es auch, Kohärenz zwischen rechtlichen Grundlagen, Versorgungsaufträgen und dem Finanzierungssystem herzustellen.
- » bei der Verwendung der Begriffe GF und GK konkrete Operationalisierung der Begriffe entsprechend den Kernelementen von GF/GK verwenden (siehe hierzu etwa die Dimensionen des Codierasters in Kapitel 2). Was heißt GF/GK für das konkrete Aufgabenprofil der jeweiligen Einrichtung bzw. Berufsgruppe?

Aktive Patientenrolle stärken und Einbindung der Nutzer:innen in die Planung von Gesundheitsdienstleistungen weiterentwickeln

GF und GK fallen nur auf fruchtbaren Boden, wenn die Patientenrolle bzw. Nutzerrolle aktiv verstanden wird. In weiten Teilen der Rechtsgrundlagen sind die Regelungen auf den Informationserhalt und die Zustimmung zur Behandlung beschränkt. Teilweise wird auch die Qualität der Information rechtlich geregelt. Die aktive Einbindung von Patientinnen und Patienten in die Behandlungsplanung wäre auf rechtlicher Ebene weiter ausbaufähig bzw. fehlt diese teilweise. In Rechtsgrundlagen wie etwa dem KAKuG finden sich veraltete Begriffe wie zum Beispiel „Pflegerling“. Dadurch wird ein Rollenverständnis evoziert, das Patientinnen und Patienten eher als passive Leistungsempfängerin bzw. als passiven Leistungsempfänger versteht. Überhaupt ist im Hinblick auf die Planung von Gesundheitsdienstleistungen darüber nachzudenken, ob Patientinnen und Patienten bzw. Nutzer:innen nicht stärker miteinbezogen werden sollten. Hierzu fehlen klare rechtliche Vorgaben.

- » Rolle der Patientinnen und Patienten rechtlich stärken
- » besonderen Fokus auf die Einbindung von Patientinnen und Patienten in den Behandlungsverlauf legen und damit die Rolle der Patientinnen und Patienten aktiver ausgestalten
- » Einbindung von Patientinnen und Patienten in die Planung von Gesundheitsdienstleistungen rechtlich vorsehen
- » Patientencharta auf dahingehenden Adaptierungsbedarf prüfen, z. B. Rechtsgrundlagen auf Informationen bezüglich Behandlungsfehler; Orientierung an deutschen Patientenrechtsgesetzen

Gesellschaftsorientierung stärken

Ein umfassendes Gesundheitsverständnis fokussiert nicht ausschließlich auf das Individuum, sondern bezieht Bevölkerungsgruppen bzw. die Gesellschaft mit ein. In Bezug darauf ist zu diskutieren, inwiefern eine grundlegende Gesundheitsorientierung stärker über das Individuum hinaus andere Zielgruppen in den rechtlichen Regelungen der Berufe zu berücksichtigen hat. In der Analyse ist deutlich geworden, dass die Krankenanstalten und ärztlichen Berufe auf Basis der rechtlichen Grundlagen stark auf das Individuum zentriert sind, wobei PVE und GuK-Berufe weitreichendere Bevölkerungsgruppen und Verhältnisse im Blick haben.

- » Fokus auf das Individuum hinaus, um die Gesellschaftsperspektive zu erweitern

Theorie-Praxis-Gap schließen

Die Rechtsgrundlagen der Ausbildung umfassen die in Kapitel 2 definierten Dimensionen von GF/GK (siehe Codieraster) stärker als in der beruflichen Praxis nachgefragt.

- » Anpassung der beruflichen Praxis an die Kernkompetenzen der Gesundheitsberufe. Mitunter haben die Weiterentwicklungen zuerst in der Ausbildung stattgefunden und sind noch nicht vollständig in der Arbeitswelt angekommen. Oft fehlen in der Praxis die für die Umsetzung von GF/GK nötigen Ressourcen oder es mangelt am Verständnis bzw. an der Aufmerksamkeit der Führungskräfte für GF/GK.

8.4 Empfehlungen im Hinblick auf die Rechtsgrundlagen einzelner Bereiche

Ärztliche Berufe

Es sollte Kohärenz zwischen den unterschiedlichen Rechtsgrundlagen hergestellt werden, d. h., insbesondere ÄrzteG, ÄAO und KEF-RZ-V 2015 sollten aufeinander abgestimmt werden. Das Berufsbild im ÄrzteG setzt nicht nur den rechtlichen Rahmen, sondern ist auch entscheidend dafür, welche Rolle die Berufsgruppe für sich beansprucht und wie sie die Beziehung zu Patientinnen und Patienten sowie die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen gestaltet. Wichtig diesbezüglich wäre, das Berufsbild zeitgemäß zu halten. Auf der Ebene dieser Analyse wurde ersichtlich, dass die rechtlichen Grundlagen der ärztlichen Berufe nicht konsistent aufeinander aufbauen. Das Rollenprofil wird etwa in der ÄAO und der KEF-RZ-V 2015 umfangreicher verstanden als im ÄrzteG. Die Rolle der Ärztin bzw. des Arztes geht im ÄrzteG vollständig in der medizinisch-fachlichen Kompetenz auf. Gegenüber der Patientin bzw. dem Patienten hat sie bzw. er die Funktion, Informationen zu vermitteln, und gegenüber weiteren Berufsgruppen zu delegieren.

- » ÄrzteG: Gesundheitsorientierung als Teil des Berufsbildes aufnehmen, umfassendere Beschreibung des Berufsbildes über medizinisch-fachliche Rolle hinausgehend, Aktualisierung der Begrifflichkeit. Überlegen, ob Behandlungsgrundsätze v. a. im Hinblick auf die Einbindung der Patientinnen und Patienten in das Berufsgesetz aufgenommen werden sollten
- » ÄAO und KEF-RZ-V: überlegen, ob GF nur für die Allgemeinmedizin und bestimmte Sonderfächer eine zentrale Kompetenz sein soll oder dies, wie bei anderen Gesundheitsberufen, ausgeweitet werden sollte. In diesem Zusammenhang könnte auch überlegt werden, ob ev. GF den dominanten Begriff der Prävention ergänzen oder ablösen könnte.
- » Definition der unterschiedlichen Begriffe der KEF-RZ-V, insbesondere Gesundheitsförderung, Prävention, Vorsorge und Vorbeugung, bzw. Vereinheitlichung der Begriffe bei identer Bedeutung
- » Ausbildung stärker in Richtung GF/GK ausrichten
- » Die interprofessionelle Zusammenarbeit unter Berücksichtigung der Kompetenzen anderer Gesundheitsberufe sollte rechtlich gestärkt werden.

Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

Hier sind die untersuchten Dimensionen von GF/GK sehr umfangreich im Berufsbild und in der Kompetenzbeschreibung verankert.

- » FH-GuK-AV: Die Ausbildungsinhalte wirken hier im Hinblick auf die Ausbildungsdauer sehr umfangreich. Hier stellt sich die Frage, ob die Studierbarkeit im Rahmen der Grundausbildung für alle Bereiche vollumfänglich ausreichend für die geforderten Aufgaben ist. Themenspezifisch wären hier gegebenenfalls weiterführende Qualifikationen erforderlich, beispielsweise im Rahmen der GuK-Weiterbildungsverordnung oder GuK-Spezialaufgabenverordnung
- » PA-PFA-AV: Im Rahmen ihrer Kompetenzen treffen die o. a. Ausführungen auch auf die Pflegeassistentenberufe zu.

Krankenanstalten

Der Fokus liegt hier sehr stark auf der Krankenbehandlung. Hier ist zu überlegen, wie trotz dieser zentralen Aufgabe aus den Krankenhäusern „Gesundheitshäuser“ werden könnten. Vor allem die planerische Trennung zwischen intra- und extramural macht notwendig, zu überlegen, was GF und GK in den Krankenanstalten als integrale Leistung im Aufgabenspektrum bedeuten können. Aufgrund der immer kürzeren Aufenthaltsdauer ist notwendig, noch stärker die Übergänge und Kooperationen mit anderen Versorgungsbereichen zu gestalten.

- » (klarer) Auftrag in Bezug auf GF/GK rechtlich ausformulieren
- » Zielgruppenbeschreibung „Pflegling“ aktualisieren
- » § 5 KAKuG: Patientenrechte auf Aspekte der Koproduktion prüfen und adaptieren
- » § 11c KAKuG: Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Supervision einschließlich der fachlichen Qualifikation definieren

- » Zusammenarbeit teilweise neu überdenken, insbesondere wie kann die Zusammenarbeit, die auf Führungsebene als „kollegiale Führung“ konzipiert ist, auch auf Abteilungsebene kooperativ verankert werden (hier ist eine einseitig ärztliche Leitung vorgesehen)

Primärversorgung

Für PVE sind die rechtlichen Grundlagen sehr weit in Richtung GF/GK fortgeschritten. Die bestehenden PVE – das ist in den Interviews deutlich geworden – schließen langsam erst die „Etablierungsphase“ ab. Es galt, als Team zusammenzufinden und sich mit dem organisatorischen Aufbau zurechtzufinden. Die Arbeitsplätze werden als attraktiv wahrgenommen und Gesundheitsförderung findet in unterschiedlichem Umfang mit verschiedenen Leistungen statt. Trotz des starken Fokus auf PVE darf die Bedeutung von Ärztinnen und Ärzten im niedergelassenen Bereich außerhalb der PVE im Hinblick auf GF/GK nicht übersehen werden. Herausforderungen in diesem Bereich sind:

- » Multiprofessionalität könnte die PVE betreffend auf rechtlicher Ebene noch stärker verankert werden.
 - » Das Kernteam könnte um weitere, je nach Bedarf gegebenenfalls unterschiedliche, Gesundheitsberufe im Verhältnis zu den Ärztinnen und Ärzten ergänzt werden.
 - » In die Ausarbeitung der Versorgungskonzepte könnten neben den ärztlichen Berufen auch weitere Gesundheitsberufe – wie hier insbesondere der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege – eingebunden werden.
- » Es sollte mehr Klarheit in Bezug auf die Finanzierung von GF/GK geben, wie beispielsweise
 - » §§ 5 und 6 PrimVG: konkreten Anteil von GF/GK im Verhältnis zum Gesamtumfang der Leistungen einer PVE im Leistungsumfang und im Versorgungskonzept der Primärversorgungseinheit anführen,
 - » gegebenenfalls alternativ dazu eine Bestimmung im PV-GV anführen.
- » Leistungen der PVE in Bezug auf GF/GK bundeseinheitlich evaluieren
- » Ausbau von PVE vorantreiben
- » Unterstützung des niedergelassenen Bereichs der Ärztinnen und Ärzte zu GF/GK unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen analog zu den PVE. Beispielsweise:
 - » Beratung über mögliche Angebote von GF/GK und deren Umsetzung,
 - » strukturierte Vernetzung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit weiteren Gesundheitsberufen und Sozialdiensten,
 - » Nachfolge: Ärztinnen und Ärzte, die Nachfolger:innen suchen, könnten in diesem Prozess unterstützt werden. Dabei könnte man die Umwandlung bestehender Hausarztpraxen in PVE forcieren.

9 Key Messages

Leistungen des Gesundheitswesens für Patientinnen und Patienten, Angehörige, Bevölkerungsgruppen etc. hängen wesentlich von der Kompetenz und der Bereitschaft jener Menschen ab, die im Gesundheitswesen tätig sind. GF/GK im Sinne einer Patienten- und Populationsorientierung bedeutet daher, dass auf Ebene des Gesundheitssystems, der Organisationen des Gesundheitswesens und der individuellen Leistungserbringer:innen alle regulatorischen Voraussetzungen dafür vorliegen müssen.

Grundsätzliche Ausrichtung des Gesundheitswesens an Gesundheitsorientierung

Der Wandel von einem pathogenetisch zu einem nachhaltig salutogenetisch orientierten Gesundheitswesen erfordert, dass jegliche Gesundheitsdienstleistung Elemente von GF/GK beinhaltet. Gesundheitsorientierung wird damit ein selbstverständlicher integraler Bestandteil der Leistungen des Gesundheitswesens. Die konkrete Ausprägung von Gesundheitsorientierung wird unterschiedlich sein, unter anderem in Abhängigkeit von den grundsätzlichen Zielen und Zwecken der verschiedenen Einrichtungen und Versorgungstufen. GF/GK sind derzeit im Gegensatz dazu vor allem mit gesondert finanzierten und in der Regel zeitlich befristeten Projekten für bestimmte Bevölkerungsgruppen konnotiert.

Für ein an Gesundheitsorientierung ausgerichtetes Gesundheitswesen sind aufeinander aufbauend folgende Maßnahmen als Anreize auf allen Ebenen erforderlich:

- » Umstellung des Finanzierungssystems, das Organisationen und individuellen Leistungserbringerinnen bzw. -erbringern Gesundheitsorientierung ermöglicht; die aktuellen finanziellen Leistungsanreize fokussieren vor allem auf medizinische Einzelleistungen im niedergelassenen ärztlichen Bereich. Auch das LKF-Modell berücksichtigt Gesundheitsorientierung für den Bereich der Krankenanstalten derzeit nicht.
- » Ausbau der Primärversorgung als erste Versorgungsstufe unter Berücksichtigung und Ausschöpfung der Kernkompetenzen aller Gesundheitsberufe; das bedeutet, zusätzlich zu Ärztinnen und Ärzten Angehörige anderer Gesundheitsberufe stärker einzubeziehen und die im Zusammenhang mit der Implementierung von Primärversorgungseinheiten gemäß PrimVG gewonnenen Erfahrungen auf den niedergelassenen Bereich zu übertragen. Dazu zählen etwa stärkere Vernetzung, Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen und -einrichtungen, ein stärkerer Fokus auf die Einbindung von Patientinnen, Patienten und ihren Angehörigen sowie auf psychische und soziale Gesundheit.
- » Aktive Förderung von Innovationen zu Gesundheitsorientierung in Einrichtungen des Gesundheitswesens; eine zentrale Rolle kommt neben regulatorischen Maßnahmen dem Zusammenspiel von Ausbildungseinrichtungen und Ausbilderinnen bzw. Ausbildnern sowie Führungspersonen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens zu.
- » Ausrichtung von Organisationsstrukturen und -abläufen an Gesundheitsorientierung unter Einbindung von Patientinnen und Patienten sowie Bürgerinnen und Bürgern in die Gestaltung; ein stärker partizipativ ausgerichtetes Gesundheitswesen ermächtigt Menschen, Träger

ihrer eigenen Gesundheit zu werden und ihre Bedürfnisse auch bei der Planung von Gesundheitsangeboten zu berücksichtigen.

Diese Maßnahmen leisten ebenfalls einen Beitrag zur Steigerung der Attraktivität der Gesundheitsberufe und können damit dazu beisteuern, den bestehenden Personalmangel einzudämmen.

Literatur

- Aigner, Gerhard; Kletečka-Pulker, Maria; Memmer, Michael (2022): Handbuch Medizinrecht für die Praxis. Manz, Wien
- Bachner, Florian; Bobek, Julia; Habimana, Katharina; Ladurner, Joy; Lepuschütz, Lena; Ostermann, Herwig; Rainer, Lukas; Schmidt, Andrea E; Zuba, Martin; Quentin, Wilm (2019): Das österreichische Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen. WHO Regional Office for Europe
- BMASGK (2019): Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- BMG (2010): Das österreichische LKF-System. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMSGPK (2020): Gesundheitsberufe in Österreich 2020. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMSGPK (2022): Klassifikation der österreichischen Krankenanstalten. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Coulter, Angela (2019): Gemeinsame Entscheidungsfindung. Ein Überblick zum Stand der Umsetzung in neun Ländern. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Czypionka, Thomas; Reiss, Miriam; Ecker, Marlene (2016): Lebenserwartung ist nicht genug: Gesundheitsmaße im Vergleich. In: Health System Watch 1/2016:1–16
- Dowling, Emma (2022): The care crisis: What caused it and how can we end it? Verso Books, London
- Fischer, Timo; Schauppenlehner, Matthias (2018): Die Stärkung der Primärversorgung in Österreich. Ein erster Zwischenstand. In: Soziale Sicherheit 1/2018:
- Fördermayr, Barbara; Hais, Angelika; Invansits, Helmut; Prinzing, Stephanie (2020): Gesundheitsrecht. Eine systematische Darstellung der österreichischen Rechtslage. ÖGB Verlag, Wien
- Frank, Jason R.; Snell, Linda; Sherbino, Jonathan (2015): CanMEDS 2015. Physician Competency Framework. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Ottawa
- Griebler, Robert; Straßmayr, Christa; Mikšová, Dominika; Link, Thomas; Nowak, Peter (2021): Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der österreichischen Gesundheitskompetenzerhebung HLS19-AT. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Griebler, Robert; Straßmayr, Christa; Schütze, Denise; Link, Thomas (2023): Professionelle Gesundheitskompetenz von ausgewählten Gesundheitsberufen, forthcoming
- Gugglberger, Lisa (2019): The multifaceted relationship between health promotion and health literacy. In: Health Promotion International 34/5:887–891

- Haindl, Anita; Bachner, Florian; Bobek, Julia; Gredinger, Gerald; Rainer, Lukas; Stumpfl, Sophie; Trauner, Florian; Zuba, Martin (2022): Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit. Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Zielsteuerungsvertrag. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- HLS-EU (2012): Comparative report of health literacy in eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU
- HPH-Network (2020): 2020 Standards für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services, Hamburg
- Kletečka-Pulker, Maria; Grimm, Markus; Memmer, Michael; Stärker, Lukas; Zahl, Johannes (2019): Grundzüge des Medizinrechts. MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, Wien
- Knoll, Verena Jennifer (2022): Health literacy, patient-provider communication, intercultural and interprofessional competencies in health professionals' education: An analysis of university curricula in Austria. Management Center Innsbruck, Master Thesis, Innsbruck
- Lamiani, Giulia; Borghi, Lidia; Argentero, Piergiorgio (2017): When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. In: *Journal of Health Psychology* 22/1:51–67
- Naidoo, Jennie; Wills, Jane (2019): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Springer, Berlin
- Nowak, Peter (2011): Bessere Gespräche in der Krankenversorgung – Ein zentraler Beitrag zur Gesundheitsreform und zur Stärkung der Gesundheitskompetenz. In: *Soziale Sicherheit* 16:450–457
- Nowak, Peter; Dietscher, Christina; Sator, Marlene (2019): Health literacy policies: National example from Austria – A unique story and some lessons learned from an ongoing journey. In: *International Handbook of Health Literacy*. Policy Press, Bristol, S. 453–470
- Nowak, Peter; Schmotzer, Christoph (2021): Aufwertung von Patientenrechten zur Unterstützung von Gesundheitskompetenz. Gesundheit Österreich und Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK), Wien
- ÖSG (2017): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Parker, Ruth; Ratzan, Scott C. (2010): Health literacy: a second decade of distinction for Americans. In: *Journal of Health Communication* 15, Suppl. 2:20–33
- Parker, Ruth (2009): Measuring health literacy: What? So what? Now what. Measures of health literacy: workshop summary, National Academies Press, Washington, DC.
- Pfabigan, Doris; Rottenhofer, Ingrid; Bajer, Marion; Mader, Franziska (2020): Curricula für die Ausbildungen Pflegeassistenz und Pflegefachassistenz. In Erprobungsphase. Gesundheit Österreich, Wien

- Rappold, Elisabeth; Aistleithner, Regina (2017): Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Rechnungshof (2014): System der Gesundheitsvorsorge. Reihe Bund 2014/14. Rechnungshof, Wien
- Rechnungshof (2023): Gesundheitsförderung und Prävention. Reihe Bund 2023/1. Rechnungshof, Wien
- Sørensen, Kristine; Van den Broucke, Stephan; Fullam, James; Doyle, Gerardine; Pelikan, Jürgen; Slonska, Zofia; Brand, Helmut (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: *BMC Public Health* 12/1:1–13
- Wabro, Michaela; Matousek, Peter; Aistleithner, Regina (2010): Handbuch für die Personalplanung. BIQG im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- Watson, Michael (2008): Going for gold: the health promoting general practice. In: *Quality in Primary Care* 16/3:177–185
- Werdecker, Lena; Esch, Tobias (2021): Bedeutung und Rolle von Gesundheitsberufen in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: *Prävention und Gesundheitsförderung*. Hg. v. Tiemann, Michael; Mohokum, Melvin. Springer, Berlin. S. 159–170