

1.2

Gesundheitsförderung als Neuorientierungs- und Qualitätsstrategie von Gesundheitseinrichtungen

Jürgen M. PELIKAN, Christina DIETSCHER, Karl KRAJIC

Gesundheitsförderung hat sich in Gesundheitseinrichtungen bereits vor der Verbreitung der Qualitätsbewegungen als **Reformstrategie** im Gesundheitswesen bewährt und dort **Pionierarbeit für systematische Organisationsentwicklung** geleistet (vgl. Pelikan et al. 1998a). Seit den ersten Phasen der Konzeptentwicklung und -umsetzung wurde dabei das Ziel verfolgt, durch eine gesundheitsförderliche Weiterentwicklung der klinisch-pflegerischen Kernaufgaben und der zur Leistungserbringung erforderlichen Strukturen und Prozesse den **Gesundheitsgewinn von PatientInnen, MitarbeiterInnen und der regionalen Bevölkerung** zu verbessern. Zusätzlich ging und geht es z.T. auch darum, neben den kurativen Leistungen spezifische gesundheitsfördernde und primärpräventive Leistungsangebote zu etablieren, um den mittel- und langfristigen Gesundheitsgewinn der genannten Zielgruppen und damit die Public Health-Orientierung von Gesundheitseinrichtungen auszubauen (vgl. WHO 1991).

Als etwa ab Mitte der 1990er Jahre die **Qualitätsbewegungen** im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung gewannen, wurde eine Adaptierung des bis dahin als offenes Entwicklungskonzept propagierten HPH-Ansatzes erforderlich. Den Auftakt entsprechender Entwicklungen bildete die 7. Internationale Konferenz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser „**Health Promotion and Quality: Challenges and Opportunities for Health Promoting Hospitals**“ in Swansea, Wales, 1999. Zwei Jahre später kam es zur Gründung zweier internationaler HPH-Arbeitsgruppen, die an spezifischen Instrumenten zur Verbindung von Qualität und Gesundheitsförderung arbeiteten. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen wurden 2006 veröffentlicht, sodass nunmehr **Strategien und Standards zur Umsetzung von HPH als organisationsumfassender Gesamtansatz** vorliegen (Pelikan et al. 2006, Gröne 2006).

Auf den folgenden Seiten werden die konzeptuellen Grundlagen dieser Instrumente und die Instrumente selbst dargestellt.

Gesundheitsförderung als Reformkonzept für Gesundheitseinrichtungen: Grundlagen, 18 Kernstrategien, 7 Implementierungsstrategien, 5 Standards

Die Grundlagen

Mit der **Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung** (WHO 1986), die im Rahmen der Ersten Weltkonferenz zur Gesundheitsförderung verabschiedet wurde, hat die WHO ein umfassendes Gesamtpaket zur Gesundheitsförderung mit dem Ziel der Verbesserung der öffentlichen Gesundheit geschnürt, das neben dem Gesundheitswesen auch alle anderen sozialen Sektoren als wichtige Umsetzungspartner sieht. Das in der Charta beschriebene Konzept zielt darauf ab, Menschen zu befähigen, die Einflussfaktoren auf ihre Gesundheit (d.h. ihre **Gesundheitsdeterminanten**¹, siehe Abbildung 1 unten) zu **verbessern** und dadurch ihre **Gesundheit** zu **steigern** (WHO 1986²). Dabei wird Gesundheit – im Anschluss an das WHO-Gründungsdokument von 1948 – als umfassendes **somato-psycho-**

¹ Zu Gesundheitsdeterminanten vgl. Dahlgren / Whitehead (1991) und CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

² „Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health.“

4. **Persönliche Kompetenzen** entwickeln
5. Die **Gesundheitsdienste neu orientieren** (dieser Bereich schließt an die Alma Ata-Erklärung der WHO zur primären Gesundheitsversorgung von 1978 an, die Gesundheitsförderung erstmals als Aufgabe der Gesundheitsversorgung definiert⁴).

Zwar sind grundsätzlich alle genannten Grundprinzipien und Aktionsbereiche der Ottawa-Charta auch für die Anwendung in Gesundheitseinrichtungen relevant, und Gesundheitseinrichtungen können zu allen einen spezifischen Beitrag leisten. Aber der fünfte Aktionsbereich spricht Gesundheitseinrichtungen explizit an. Im Detail heißt es dazu:

Gesundheitsdienste neu orientieren

*„Die **Verantwortung für die Gesundheitsförderung** wird in den Gesundheitsdiensten von Einzelpersonen, Gruppen, den Ärzten und anderen Mitarbeitern des Gesundheitswesens, den Gesundheitseinrichtungen und dem Staat geteilt. Sie müssen gemeinsam darauf hinarbeiten, ein Versorgungssystem zu entwickeln, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und **weit über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht**. Die Gesundheitsdienste müssen dabei eine Haltung einnehmen, die feinfühlig und respektvoll die **unterschiedlichen kulturellen Bedürfnisse** anerkennt. Sie sollten dabei die **Wünsche von Individuen und sozialen Gruppen nach einem gesünderen Leben** aufgreifen und unterstützen sowie Möglichkeiten der **besseren Koordination zwischen dem Gesundheitssektor und anderen sozialen, politischen, ökonomischen Kräften** eröffnen.*

*Eine solche Neuorientierung von Gesundheitsdiensten erfordert zugleich eine stärkere Aufmerksamkeit für **gesundheitsbezogene Forschung** wie auch für die notwendigen **Veränderungen in der beruflichen Aus- und Weiterbildung**. Ziel dieser Bemühungen soll ein **Wandel der Einstellungen und der Organisationsformen** sein, die eine **Orientierung auf die Bedürfnisse des Menschen als ganzheitliche Persönlichkeit** ermöglichen.“*

Wie ist die im Dokument geforderte „Neuorientierung der Gesundheitsdienste“ zu verstehen? Zwei mögliche Lesarten bieten sich an:

- **Neuorientierung einzelner Gesundheitseinrichtungen:** Gesundheitseinrichtungen sind die wichtigsten Akteure des Gesundheitswesens. Die Prinzipien der Ottawa-Charta können daher nur durch eine Weiterentwicklung dieser Einrichtungen im Sinne der Gesundheitsförderung umgesetzt werden.
- **Neuorientierung von Gesundheitssystemen insgesamt:** Die umfassende Verwirklichung der Forderungen der Ottawa-Charta bedarf darüber hinaus einer Neuausrichtung von Gesundheits- und Politiksystemen insgesamt, da einige der genannten Forderungen (z.B. die in der Charta genannte Anpassungen der beruflichen Aus- und Weiterbildung, der Organisations- und Finanzierungsformen, aber auch die Entwicklung von Gesundheitszielen und Steuerungsstrukturen, die über den Gesundheitsbereich hinaus auch andere Sektoren umfassen⁵) nicht in der Kompetenz einzelner Gesundheitseinrichtungen liegen. Idealerweise sollte eine umfassende Neuorientierung daher beide Ansätze verbinden.

⁴ „Die internationale Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung [...] erklärt hiermit dringenden Handlungsbedarf für alle Regierungen, Gesundheits- und Entwicklungsarbeiter und die Weltgemeinschaft auf dem Gebiet des Schutzes und der Förderung der Gesundheit aller Menschen dieser Erde.“ (WHO 1978, Übersetzung durch das LBIHPR 2008)

⁵ Ein gutes österreichisches Beispiel ist das Land Steiermark: Vom Gesundheitsressort wurden unter Federführung der Landesgesundheitsplattform in einem partizipativen, bevölkerungsnahen Prozess eine Reihe von Gesundheitszielen in den Bereichen „Gesunde Lebensverhältnisse“ (Arbeitsbedingungen, Lernbedingungen, Leben in der Gemeinde und zu Hause), „Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben“ (mit vor allem lebensstil- und präventionsorientierten Unterzielen), und „Gesundheitsförderndes Gesundheitssystem“ entwickelt, an deren Umsetzung nun gearbeitet wird (vgl. <http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/10743729/9586209>, Zugriff am 13.08.2008).

Die bisher bestehenden Netzwerke Gesundheitsfördernder Gesundheitseinrichtungen arbeiten vor allem am ersten Bereich – der Neuorientierung einzelner Gesundheitseinrichtungen – bemühen sich aber auch, soweit möglich, um eine Weiterentwicklung der gesundheits- und gesamtpolitischen Rahmenbedingungen⁶. Gegenstand der vorliegenden Broschüre ist jedoch in erster Linie eine umfassende Darstellung des ersten Bereichs. Im Folgenden soll das Grundlagenkonzept dafür im Detail dargestellt werden.

18 Kernstrategien, 7 Implementierungsstrategien und 5 Standards der Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen

In diesem Kapitel wird die Argumentation vertreten, dass Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen – verstanden als zusätzliches Qualitätskriterium neben fachlichen, ökonomischen, ökologischen, sozialen und anderen Kriterien – im Sinne der Optimierung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen (Gesundheitsoutcomes)⁷ in die strategische Qualitätsarbeit von Gesundheitseinrichtungen eingebaut werden kann und soll. Idealerweise führt dies dazu, dass jede fachliche und Management-Entscheidung – egal, ob im Einkauf, in der Personalentwicklung oder im klinischen Bereich – auch mit Hinblick auf die potenziell gesundheitsförderliche / krankmachende Wirkung der Entscheidung getroffen wird.

Folgt man dem gängigen Donabedian'schen Qualitätsverständnis, wonach die erwünschten Ergebnisse durch eine entsprechende Entwicklung von Strukturen und Prozessen zu erreichen sind, muss nun zunächst geklärt werden, welche gesundheitsfördernden Ergebnisse in Gesundheitseinrichtungen zu erzielen sind:

Gesundheitsförderung in der Ergebnisqualität von Gesundheitseinrichtungen

Als relevante Ergebnisse von Gesundheitsleistungen werden üblicherweise die folgenden angesehen:

- klinische Outcomes (auch mittel- und langfristig),
- Lebensqualität,
- Patientenzufriedenheit und
- (in zunehmendem Maß) Patientensicherheit.

Gesundheitsfördernde Gesundheitseinrichtungen unterstützen natürlich dieses Outcome-Verständnis, erweitern es aber auch in einigen Punkten:

1. Aufgrund des aus der Ottawa-Charta abgeleiteten Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung geht es nicht nur um die Gesundheit von PatientInnen, sondern es wird eine **Verbesserung des Gesundheitsgewinns von drei Zielgruppen** – PatientInnen, MitarbeiterInnen und regionale Bevölkerung – angezielt (vgl. Statuten des Internationalen HPH-Netzwerks in Anhang 5.3).
2. Gesundheitsförderung verstärkt den Fokus auf **mittel- und langfristige Gesundheitsgewinne** der genannten Zielgruppen (etwa durch Vermeidung unnötiger Behandlung bei PatientInnen, durch Betriebliche Gesundheitsförderung bei MitarbeiterInnen).
3. Durch die Orientierung an einem umfassenden somato-psycho-sozialen Gesundheitskonzept werden auch **psychische und soziale Gesundheits-Outcomes** in die Ergebnisbewertung aufgenommen.
4. Als eigenen Ergebnisbereich fügt Gesundheitsförderung das Konzept der **Gesundheitskompetenz** (vgl. dazu Nutbeam, Kickbusch 2000) als spezifischen messbaren Outcome von (edukativen) empowernden Prozessen hinzu.

⁶ So ist etwa die Verankerung von Gesundheitsförderung im österreichischen Gesundheitsqualitätsgesetz von 2005 durch Beratungen mit dem Österreichischen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser zustande gekommen. Ein Überblick über die österreichische Gesetzeslage zur Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen findet sich im Anhang.

⁷ vgl. zum hier zugrunde gelegten Qualitätsverständnis Donabedian (1982)

Der Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung betrachtet Outcomes aber nicht isoliert. Da das Ziel ein möglichst hoher und dauerhafter Gesundheitsgewinn ist, werden auch die – intendierten oder nicht intendierten – **Gesundheits-Impacts** der Gesundheitseinrichtung als materielle und soziale Umwelt zu relevanten und damit zu beobachtenden bzw. zu messenden und zu verbessernden Größen .

Gesundheitsförderliche Gestaltung von Strukturen und Prozessen

Vor diesem Hintergrund können in weiterer Folge die zur Erreichung der erwünschten Ergebnisse erforderlichen Strukturen und Prozesse definiert werden. Dafür gibt es zwei Ansätze:

1. **Gesundheitsförderliche Weiterentwicklung bestehender Prozesse und Strukturen oder gesundheitsförderndes (Qualitäts-)Management der Leistungserbringung:** Neue Erkenntnisse aus der Forschung, die permanente Weiterentwicklung von professionellen Standards und gesetzlichen Rahmenbedingungen, medizintechnische Entwicklungen und budgetäre Rahmenbedingungen, aber auch Kundenerwartungen machen eine permanente Weiterentwicklung von Leistungen im Gesundheitswesen erforderlich. So gehören Qualitätsmanagementansätze und -systeme wie TQM, EFQM, ISO (vgl. z.B. Hartl / Wernisch 2001), aber auch Evidence-Based Medicine (vgl. z.B. Kunz et al. 2000) bzw. Evidence Based Nursing (vgl. z.B. Behrens / Langer 2004), professionelles Beschwerdemanagement, Patientenrechte (vgl. z.B. Österreichische Patientencharta 2006) etc. längst zum Alltag vieler Gesundheitseinrichtungen. Um neben anderen auch die Kriterien⁸ der Gesundheitsförderung – für PatientInnen, MitarbeiterInnen und die regionale Bevölkerung – systematisch und strukturiert in diese permanente Entwicklung einbringen zu können, empfiehlt es sich, die Verantwortung für diesen Themenkreis explizit im (Qualitäts-)Management von Gesundheitseinrichtungen zu verankern (vgl. Pelikan et al. 2006).
2. **Strategische Neupositionierung durch Einführung zusätzlicher gesundheitsfördernder Leistungsangebote:** Epidemiologische und demografische Entwicklungen, neue Technologien sowie gesetzliche und finanzielle Regelungen für die Leistungserbringung (z.B. Verschiebungen zwischen Leistungserbringern) erfordern eine kontinuierliche Anpassung nicht nur der Art der Leistungserbringung, sondern des Leistungsspektrums selbst an die jeweils aktuelle Situation. Anknüpfungspunkte für die Gesundheitsförderung ergeben sich vor allem bei präventiven und rehabilitativen Angeboten, bei Angeboten der kontinuierlichen Betreuung chronisch Kranker einschließlich von Trainings- und Schulungsmaßnahmen.

Empfehlungen für spezifische inhaltliche Umsetzungsschritte sowohl für die gesundheitsfördernde Erbringung bestehender Leistungen als auch für neue gesundheitsfördernde Leistungen wurden erstmals in der **Budapester Erklärung** Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (WHO 1991) formuliert und 1997 mit den **Wiener Empfehlungen** für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser erweitert (Auszüge aus beiden Dokumenten siehe Anhänge 5.1 und 5.2). Weiterentwicklungen und Anpassungen der HPH-Inhalte wie der Umsetzungsweisen an die Qualitätsbewegungen erfolgten durch zwei internationale WHO-Arbeitsgruppen des HPH-Netzwerks in den Jahren 2001 bis 2006:

- Die Gruppe „**Putting HPH Policy into Action**“ (koordiniert vom WHO-Kooperationszentrum für Gesundheitsförderung in Krankenhaus und Gesundheitswesen in Wien) lieferte mit den **18 Kernstrategien Gesundheitsfördernder Gesundheitseinrichtungen und sieben Implementationsstrategien** einen Strategierahmen für einen „total HPH-Approach“ (vgl. Pelikan et al. 2006).

⁸ Der kanadische Gesundheitswissenschaftler Irving Rootman hat aus dem Gesundheitsförderungskonzept der WHO die folgenden sieben Gesundheitsförderungs-Kriterien abgeleitet: Empowernd, partizipativ, an einem ganzheitlichen Gesundheitskonzept orientiert, an gesundheitlicher Chancengleichheit orientiert, multistategisch, intersektoral, nachhaltig (vgl. Rootman 2001)

- Die Gruppe „**Standards der Gesundheitsförderung im Krankenhaus**“ (koordiniert von der WHO Europa) entwickelte ein Set von **5 Standards und ein zugehöriges Selbstbewertungsinstrumentarium**, das im Rahmen des Qualitätsmanagements von Gesundheitseinrichtungen eingesetzt werden kann (vgl. Gröne 2006) und mittlerweile auch in Österreich getestet wurde (vgl. dazu Kapitel 1.3 in dieser Broschüre).

Im Folgenden wird ein Überblick über die Ergebnisse der Arbeit beider Gruppen gegeben.

Die 18 Kernstrategien Gesundheitsfördernder Gesundheitseinrichtungen

Die 18 Kernstrategien beziehen sich auf die **drei Zielgruppen PatientInnen (Strategien PAT-1 bis PAT-6), MitarbeiterInnen (Strategien MIT-1 bis MIT-6) und regionale Bevölkerung (Strategien REG-1 bis REG-6)**. Für jede dieser drei Zielgruppen wurden sechs spezifische Strategien definiert, die an folgenden Grundunterscheidungen orientiert sind:

1. Gesundheitsfördernde Gestaltung von **Dienstleistungen und Prozessen** (Strategien 1, 2, 4 und 5) versus gesundheitsfördernde Gestaltung der Gesundheitseinrichtung als **Lebenswelt bzw. Setting** (Strategien 3 und 6).
2. Gesundheitsfördernde Gestaltung **bestehender klinischer und Hotelleistungen** (Strategien 1, 2) versus Einführung **neuer**, u.a. edukativer gesundheitsfördernder **Leistungsangebote** (Strategien 4, 5). Diese Leistungsangebote können sich wiederum auf zwei Bereiche beziehen:
3. Angebote zum Management **spezifischer Krankheiten** (Strategien 2, 4) versus Angebote zur Verbesserung der positiven **Gesundheit** durch Lebensstilentwicklung (Strategien 1, 5).
4. In Bezug auf das Setting bzw. die Lebenswelt ist die **Weiterentwicklung der Gesundheitseinrichtung selbst** (Strategie 3) von der **Beteiligung an gesundheitsfördernder Regionalentwicklung** (Kooperation mit der Gemeinde oder mit anderen Settings wie Schulen, Betrieben) zu unterscheiden (Strategie 6).

Aus diesen Grundoptionen ergeben sich folgende sechs mögliche Strategien der Gesundheitsförderung, die in unterschiedlicher Weise für die drei genannten Zielgruppen und auch für unterschiedliche Typen von Gesundheitseinrichtungen gelten:

1. **Empowerment für gesundheitsfördernde Selbstreproduktion** (= permanente Wiederherstellung der eigenen Gesundheit)
2. **Empowerment für gesundheitsfördernde Koproduktion** (= aktive Beteiligung der jeweiligen Zielgruppe an der Erhaltung bzw. Verbesserung ihrer Gesundheit)
3. **Gesundheitsfördernde und empowernde Gestaltung der Gesundheitseinrichtung als Lebenswelt** (= Setting-Gestaltung)
4. **Empowerment für Krankheitsmanagement** (= v.a. edukative Maßnahmen zur Unterstützung des gesundheitsfördernden Selbstmanagements chronischer Erkrankungen und / oder rehabilitativer Maßnahmen)
5. **Empowerment für Lebensstilentwicklung** (v.a. Ernährung, Bewegung, Umgang mit Alkohol und Nikotin mit Hinblick auf mittel- und langfristige Gesundheitsgewinne)
6. Beiträge zur **gesundheitsfördernden und empowernden Regionalentwicklung**

Zusammengefasst ergeben diese Strategien – jeweils angewendet auf die drei Zielgruppen PatientInnen, MitarbeiterInnen und regionale Bevölkerung – eine Matrix mit 18 Kernstrategien, die in der folgenden Tabelle 1 zusammengefasst sind:

Tabelle 1: 18 Kernstrategien Gesundheitsfördernder Gesundheitseinrichtungen

Gesundheitsförderung durch für:	PatientInnen	MitarbeiterInnen	Region	
Empowerment für gesundheitsfördernde Selbstreproduktion (= permanente Wiederherstellung der eigenen Gesundheit)	PAT-1: (Selbst-)Erhalt bzw. Förderung bestehender Gesundheit während des Aufenthaltes in der Einrichtung	MIT-1: (Selbst-)Erhalt bzw. Förderung bestehender Gesundheit während des Arbeitslebens in der Einrichtung	REG-1: (Selbst-)Erhalt bzw. Förderung bestehender Gesundheit durch adäquaten, egalitären Zugang zur Einrichtung	Qualitätsentwicklung bestehender Leistungen und Strukturen
Empowerment für gesundheitsfördernde Koproduktion	PAT-2: Partizipation am Kernprozess der Behandlung und Pflege	MIT-2: Mitgestaltung der Arbeitsabläufe und Arbeitsstrukturen	REG-2: Gesundheitsfördernde Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern	
Gesundheitsfördernde und empowernde Gestaltung der Gesundheitseinrichtung als Lebenswelt	PAT-3: Gesundheitsfördernde, empowernde Lebenswelt für PatientInnen	MIT-3: Gesundheitsfördernde, empowernde Lebenswelt für MitarbeiterInnen	REG-3: Gesundheitsfördernde, empowernde Lebenswelt für die Region	
Empowerment für Krankheitsmanagement	PAT-4: Empowerment für das eigene Krankheitsmanagement (auch nach der Entlassung)	MIT-4: Empowerment für das Selbstmanagement von (Berufs-) Krankheiten	REG-4: Empowerment für das Selbstmanagement (chronischer) Krankheiten	Entwicklung neuer Leistungen und Strukturen
Empowerment für Lebensstilentwicklung	PAT-5: Empowerment für Lebensstilentwicklung (auch nach der Entlassung)	MIT-5: Empowerment für Lebensstilentwicklung	REG-5: Empowerment für Lebensstilentwicklung	
Beiträge zur gesundheitsfördernden und empowernden Regionalentwicklung	PAT-6: Beiträge zur Entwicklung von gesundheitsfördernden, empowernden Infrastrukturen und Angeboten für (bestimmte) PatientInnen	MIT-6: Beiträge zur Entwicklung von gesundheitsfördernden, empowernden Infrastrukturen und Angeboten für MitarbeiterInnen	REG-6: Beiträge zur allgemein gesundheitsfördernden und empowernden Regionalentwicklung	

In der Praxis lassen sich **spezifische Maßnahmen nicht immer eindeutig nur einer Strategie zuordnen**. Je **umfassender** eine Maßnahme angelegt ist, **desto mehr Strategien** wird sie auch berühren (Beispiel: Die Entwicklung zur Rauchfreien Gesundheitseinrichtung, die Einführung gesundheitsfördernder Ernährung oder patientenorientierte Kommunikation beziehen sich jeweils sowohl auf bestimmte Leistungen als auch auf die Gestaltung der Gesundheitseinrichtung als Setting bzw. Lebenswelt und auf mehrere Zielgruppen zugleich). Idealerweise werden Maßnahmen zur Umsetzung der 18 Strategien daher aufeinander bezogen geplant und in Form von **Programmen** umgesetzt, um durch eine jeweils angemessene Kombination **Synergien** für die unterschiedlichen Zielgruppen nutzen zu können.

Umfassende **Policies** oder **Programme** können entweder **an** bestimmten Themenstellungen oder **Problemen** bzw. „Issues“ (z.B. Rauchen, Ernährung) **oder an** bestimmten **Populationen** (z.B. Kinder, Alter, Frauen, MigrantInnen) **ansetzen**. Sie kombinieren jeweils Maßnahmen aus unterschiedlichen Kernstrategien, um eine komplexe, aber fokussierte Verbesserung zu erzielen.

An welchen Strategien eine Gesundheitseinrichtung schwerpunktmäßig arbeitet und vor allem, ob primär an der gesundheitsfördernden Weiterentwicklung bestehender

Dienstleistungen bzw. an der Entwicklung der Einrichtung als Lebenswelt oder an der Einführung neuer Angebote und an Beiträgen zur gesundheitsfördernden Regionalentwicklung gearbeitet wird, **hängt wesentlich von den spezifischen Rahmenbedingungen der Einrichtung ab**: z.B. von bestehenden medizinischen Schwerpunkten, von Angeboten anderer Gesundheitseinrichtungen in der Region, von regionalen oder nationalen gesundheitspolitischen Vorgaben und Präferenzen, von bestehenden oder neu aufzubauenden Kooperationen und natürlich auch von der Verfügbarkeit von Evidenz und Finanzierungsmöglichkeiten für bestimmte Maßnahmen.

Die bisherige Praxis zeigt allerdings, dass es – nicht nur für Gesundheitseinrichtungen – oft einfacher ist, neue Leistungen einzuführen, als bestehende Leistungen in gesundheitsfördernder Weise weiterzuentwickeln. Dennoch sollte eine Gesundheitseinrichtung, die das Qualitätsmerkmal "gesundheitsfördernd" anstrebt, vor allem an der Umsetzung der Strategien 1, 2 und 3, die ja ihr Kerngeschäft betreffen, arbeiten. Notwendige Voraussetzung dafür ist ein **organisationsinternes**, idealerweise an das (Qualitäts-)Management gekoppeltes **Unterstützungssystem**. In Österreich haben viele Gesundheitseinrichtungen bereits Qualitätsmanagementsysteme eingeführt, die auch für Gesundheitsförderung genutzt werden können. Die im folgenden beschriebenen sieben Implementationsstrategien zeigen auf, was ein solches Unterstützungssystem berücksichtigen sollte.

7 Implementierungsstrategien Gesundheitsfördernder Gesundheitseinrichtungen

Selbst die Implementierung geringfügiger **Änderungen in Organisationen bedarf**, wenn diese Änderungen effektiv, effizient und nachhaltig sein sollen, **eines geplanten und monitierten Projektmanagements**. Dies trifft sowohl auf Qualitätsmanagement im Allgemeinen als auch auf die Einführung der besonderen Qualität der Gesundheitsförderung in die komplexen Strukturen und Alltagsroutinen von Gesundheitseinrichtungen zu. Daher hat HPH seit seinen Anfängen von den beteiligten Einrichtungen die Implementierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen mittels systematischen und dokumentierten Projektmanagements gefordert. Aber zur Implementierung des umfassenden HPH-Ansatzes sind weiterführende Investitionen in gesundheitsfördernde Infrastrukturen und Ressourcen erforderlich: Bereits in den ersten HPH-Projekten, dem Modellprojekt „Gesundheit und Krankenhaus“ an der Wiener Krankenanstalt Rudolfstiftung und im Europäischen Pilotkrankenhausprojekt „Health Promoting Hospitals“ verpflichteten sich die beteiligten Einrichtungen zur Etablierung allgemeiner Gesundheitsförderungsstrukturen innerhalb ihrer Organisation (Gesundheitsförderungs-Manager, Gesundheitsförderungskomitee, Ansprechpersonen für Gesundheitsförderung in den Organisationseinheiten, etc.), um dadurch die Umsetzung spezifischer fokussierter Projekte zu unterstützen. Die WHO-Arbeitsgruppe „Putting HPH Policy into Action“ hat diese Anforderungen systematisch weiterentwickelt (vgl. Tabelle 2 unten).

Tabelle 2: Sieben Implementierungsstrategien Gesundheitsfördernder Gesundheitseinrichtungen

Qualitätsfunktion / -aktivität für die Qualität von ...	Strukturen von Dienstleistungen (& des Settings)	Prozesse von Dienstleistungen (& des Settings)	Ergebnisse / Impacts von Dienstleistungen (& des Settings)
1. Definition	S1 Definition von Gesundheitsförderungskriterien und -standards für Strukturen	P1 Definition von Gesundheitsförderungskriterien und -standards für Prozesse	O1 Definition von Gesundheitsförderungszielen für Ergebnisse / Impacts
2. Messungen (Assessment, Monitoring, Evaluation)	S2 Messen der Gesundheitsförderung von Strukturen	P2 Messen der Gesundheitsförderung von Prozessen	O2 Messen der Gesundheitsförderung von Ergebnissen / Impacts
3. Sicherung, Entwicklung, Verbesserung	S3 Entwicklung der Gesundheitsförderung von Strukturen durch Organisations-, Personal-, Technikentwicklung	X	X

Diese Tabelle beruht auf **drei Grundannahmen**: Erstens geht sie gemäß Donabedians Qualitätsverständnis davon aus, dass die **Qualität gesundheitsfördernder Ergebnisse** durch die **Qualität gesundheitsfördernder Prozesse** erzeugt wird, die wiederum **durch gesundheitsfördernde Strukturen** ermöglicht werden müssen. Zweitens verwendet sie **drei Schritte eines verkürzten Qualitätszirkels**: Gesundheitsförderungsqualität muss definiert und in spezifischen Kontexten gemessen werden, bevor sie, falls nötig, verbessert werden kann. Die Ergebnisse der Verbesserung müssen wiederum monitiert oder evaluiert werden. Drittens wird von der Annahme ausgegangen, dass **nur Strukturen direkt beeinflusst und verbessert werden können**, während dies auf Prozesse und Ergebnisse nicht zutrifft. Das Ergebnis sind sieben Implementierungsstrategien, die im Sinne eines „totalen“ und kontinuierlichen Gesundheitsförderungsmanagements in einer Gesundheitseinrichtung kombiniert werden müssen. Da aus einer Metaperspektive die Qualität von Gesundheitsförderungsergebnissen von der Qualität gesundheitsförderungsbezogener Definitions-, Mess- und Verbesserungsprozesse abhängt, müssen adäquate Strukturen zur Unterstützung dieser Qualitätsprozesse sichergestellt werden. **Daher muss eine Gesundheitseinrichtung, die sich einem umfassenden HPH-Ansatz verpflichtet, Gesundheitsförderungswerte, -prinzipien und -ziele, Standards, Kriterien und Indikatoren in ihre schriftliche Vision, ihr Leitbild, in Programm, Aktionspläne, Leitlinien, Manuale und Protokolle einbauen.** Sie muss in Gesundheitsförderungsprogramme, Projekte und Disseminationsstrategien investieren. Sie muss einen Gesundheitsförderungs-Manager, ein Team, ein Komitee und Kontaktpersonen in allen Organisationseinheiten implementieren und – nicht zuletzt – ein spezifisches Gesundheitsförderungsbudget einrichten. Derartige Unterstützungsstrukturen sind notwendig und müssen – entweder als eigene spezifische Struktur oder integriert ins Qualitäts- und / oder Nachhaltigkeitsmanagement – in das Management-System der Einrichtung integriert werden. Die Qualität spezifischer Gesundheitsförderungsinterventionen und ihrer Ergebnisse hängt von der Qualität dieser Gesundheitsförderungsumsetzungs- oder Unterstützungsstrukturen ab.

Die 5 Standards der Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen

Die fünf Standards und ein zugehöriges Selbstbewertungsinstrument (vgl. Gröne 2006) wurden entwickelt, um Gesundheitseinrichtungen die Möglichkeit einer **Standortbestimmung in Bezug auf die Qualität von Gesundheitsförderung** zu geben, die wiederum Basis für die **Entwicklung von Aktionsplänen** zur kontinuierlichen Verbesserung der Gesundheitsförderungsqualität sein sollen.

Inhaltlich orientieren sich die nach den Vorgaben der ISQua (International Society for Quality in Healthcare, siehe <http://www.isqua.org/>) entwickelten Standards am Patientenpfad. Sie umfassen folgende Bereiche:

- **STANDARD 1: Management-Grundsätze** (Gesundheitsförderung als Bestandteil der Unternehmenspolitik)
- **STANDARD 2: Patienteneinschätzung** (Einbau von Gesundheitsförderung in die Anamnese)
- **STANDARD 3: Patienteninformation und -intervention** (Vermittlung von lt. Anamnese relevanten Gesundheitsinformationen und Durchführung notwendiger Gesundheitsförderungsinterventionen)
- **STANDARD 4: Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes**
- **STANDARD 5: Kontinuität und Kooperation** (Sicherstellung der Gesundheitsförderungsleistungen auch nach der Entlassung)

Jeder der fünf Standards umfasst eine Anzahl von Substandards und messbaren Elementen, die eine Selbstbewertung des jeweiligen Bereichs ermöglichen (vgl. auch Kapitel 1.3 zur Pilotierung der Standards in Österreich).

Die Strategien und Standards im Detail: Interventionen für drei Zielgruppen und umfassende Organisationsentwicklung

Wie ist Gesundheitsförderung für PatientInnen in den Kernstrategien und Standards repräsentiert?

Obwohl die Aufgabe von Krankenbehandlungseinrichtungen in einem Spektrum von Gesundheitsförderung, Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention traditionell eher im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention anzusiedeln ist, schreibt man diesen Einrichtungen in den letzten Jahren eine immer wichtigere Rolle auch in der Primärprävention und Gesundheitsförderung zu (vgl. Tonnesen et al. 2005).

Gesundheitseinrichtungen haben einerseits vielfache Möglichkeiten, die Gesundheitsressourcen von PatientInnen zu stärken, und zwar vor allem durch Informationen und Schulungen⁹ mittels empowernder Kommunikation¹⁰. Zum anderen können sie aber auch zur Reduktion von Gesundheitsrisiken (Sicherheitsrisiken, Hospitalismusrisiken etc.) beitragen – zum einen ebenfalls über kommunikative Interventionen, zum anderen aber auch über die Entwicklung des Krankenhausumfeldes. Ziel entsprechender Maßnahmen ist die **Steigerung des klinischen Outcomes (auch mittel- und langfristig), der Patientenzufriedenheit, der Lebensqualität und der Gesundheitskompetenz (health literacy) der PatientInnen**. Im Folgenden werden die patientenorientierten Strategien und Standards des HPH-Konzeptes im Detail beschrieben.

⁹ Unabhängig von der unmittelbaren Ursache für den Kontakt mit einer Gesundheitseinrichtung stellt der Aufenthalt häufig auch ein „Window of Opportunity“ für die Initiierung von Lebensstiländerungen mit dem Ziel mittel- und langfristigen Gesundheitsgewinns dar: Ein bestehendes Gesundheitsproblem erhöht meist die Bereitschaft zur Veränderung des eigenen Verhaltens (vgl. z.B. WHO – Regional Office for the Americas 2000).

¹⁰ Kommunikation ist ein wesentliches Mittel zur Befähigung von PatientInnen zur aktiven Mitarbeit im Diagnose- und Behandlungsprozess, etwa in Form der aktiven Vorbereitung auf elektive chirurgische Eingriffe oder des Selbstmanagements nach chirurgischen Eingriffen. Vor allem für bestimmte vulnerable Gruppen wie MigrantInnen trägt kulturelle Kompetenz – die rascher zur richtigen Diagnose und einer entsprechenden Behandlung führt – nachweislich zur Steigerung der Wirksamkeit der Kommunikation bei (vgl. Goode et al. 2006). Aktuelle Forschungen etwa aus Deutschland (vgl. Ehlers et al. 2008) zeigen darüber hinaus, dass empathische Kommunikation messbare stressreduzierende Wirkungen hat und damit nicht nur kognitiv über Wissensvermittlung, sondern auch biochemisch Gesundheit fördert.

Gesundheitsfördernde Dienstleistungen für PatientInnen: Die Kernstrategien PAT-1, PAT-2, PAT-4 und PAT-5 und die Standards 2, 3 und 5

Strategie PAT-1: Empowerment von PatientInnen für gesundheitsfördernde Selbstpflege im Krankenhaus

PatientInnen, die mit dem Krankenbehandlungssystem in Kontakt kommen, sind nie nur krank, sondern verfügen immer über eine gewisse Teil- bzw. Restgesundheit sowohl in körperlicher als auch in psychischer und sozialer Hinsicht. Trotz aller positiver Wirkungen auf die Gesundheit stellt der Aufenthalt in einer Gesundheitseinrichtung auch eine Reihe von Risiken für die PatientInnen dar:

Nach der Holmes-Rahe-Stressskala erreichen persönliche Verletzungen oder Erkrankungen bei Erwachsenen – die ja meist den Grund für einen Kontakt mit dem System darstellen – 53 von 100 möglichen Stresspunkten und liegen damit im oberen Bereich der möglichen Stressoren (Holmes / Rahe 1967). Gerade für Kinder und ältere Personen kann eine zu geringe psychische Unterstützung auch langfristige psychische Probleme nach sich ziehen, etwa posttraumatische Störungen bei Kindern oder den Verlust der Selbständigkeit bei betagten PatientInnen, auch bekannt als „Hospitalismus-Effekte“¹¹. Wie Studien aus der Psychoneuroimmunologie und der Stressforschung zeigen, bestehen aber klare Zusammenhänge zwischen Stressoren und dem Funktionieren des Immunsystems bzw. der Genesung nach einer Erkrankung (vgl. z.B. Kiecolt-Glaser et al. 2002). Dies ist nur ein Beispiel dafür, wie sehr der **Erfolg der Patientenrolle** nicht nur von der professionellen Behandlung, sondern auch **von den individuellen psychischen, physischen und sozialen Faktoren abhängt**. Strategie PAT-1 fordert daher die **Unterstützung der PatientInnen in der Selbstpflege ihrer Gesundheit** – um dadurch optimale Heilungsvoraussetzungen zu schaffen.

In Abhängigkeit von ihrem Gesundheitsstatus ist die Selbstpflege entweder zur Gänze von den PatientInnen selbst zu leisten oder durch professionelle Betreuung zu unterstützen bzw. zu substituieren. Zur Vermeidung von Hospitalismus sollten PatientInnen in möglichst hohem Maß selbst für ihre Bedürfnisse sorgen können (das jeweilige Ausmaß an möglicher Selbstpflege kann z.B. durch Pflegediagnosen erhoben werden). Um diese Form von „Selbstpflege“ von zum Teil schwer kranken Personen außerhalb ihrer vertrauten Haushaltsumgebung und unter Bedingungen von hoch bürokratischen Krankenhausorganisationen möglich zu machen, müssen die Gesundheitsprofessionisten ihre Arbeit so empowernd wie möglich gestalten und dabei auch kulturelle Unterschiede der PatientInnen berücksichtigen. Empowerment bezieht sich hier wiederum auf die körperliche, psychische und soziale Dimension: In Bezug auf die körperliche Dimension der Gesundheit geht es dabei zum Beispiel um die Sicherstellung einer ausreichenden und adäquaten Ernährung, die etwa im Krankenhaus keine Selbstverständlichkeit darstellt, und um die Förderung von Bewegung. Die psychische Gesundheit ist z.B. durch Wahrung der Privatsphäre der PatientInnen bzw. durch entsprechende unterstützende Angebote sicherzustellen, und die Selbstpflege der sozialen Gesundheit umfasst z.B. die Möglichkeit zum Kontakt mit Angehörigen bzw. – vor allem bei längeren Aufenthalten – die Möglichkeit, berufliche Kontakte zu pflegen.

Die Effekte von Maßnahmen, die der Strategie PAT-1 zugerechnet werden können, wurden insbesondere in Bezug auf Hospitalismus untersucht (vgl. z.B. Vetter 1995). Beispiele von erfolgreich in Gesundheitseinrichtungen implementierten Interventionen, die sich auf diese Strategie beziehen, umfassen:

- **Patientenhilfsteam** zur Unterstützung der psychosozialen Bedürfnisse von PatientInnen (Krankenanstalt Rudolfstiftung, Wien; siehe Nowak et al. 1998);

¹¹ Einen Überblick zum Thema bietet die Online-Enzyklopädie Wikipedia unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Hospitalismus> (Zugriff am 13.08.2008)

- **Allgemeine Patienteninformation** (z.B. über Infrastrukturen, Besuchszeiten) bei der Aufnahme (Beispiel guter Praxis: Griffin Hospital, USA; www.griffinhealth.org, Zugriff am 13.08.2008);
- Angebote und Optionen zur Unterstützung von PatientInnen zum **selbstverantwortlichen Umgang** mit bestimmten Bedürfnissen (z.B. Bewegung, Wahrnehmen kultureller Aktivitäten, Patientenbibliotheken, Diskussionen, Internet-Café).
- Anbieten **psychologischer Unterstützung** zum Umgang mit Stress und Ängsten im Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt oder der Krankheit des / der PatientIn (z.B. bei Krebs, bei allen Formen chronischer Erkrankungen).

Strategie PAT-2 – Empowerment von PatientInnen für die gesundheitsfördernde Koproduktion von Behandlung und Pflege

Die Kernleistungen von Gesundheitseinrichtungen bestehen in diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen für akute und chronische Krankheiten, sowohl für stationäre als auch für ambulante PatientInnen. Strategie PAT-2 bezieht sich auf die lange Tradition der **Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung von Kernleistungen** – angefangen bei der Ausbildung der Gesundheitsprofessionisten über die in den letzten 20 Jahren zunehmend etablierte Entwicklung von Prozessen und Strukturen von Organisationen und übergeordneten Systemen.

Wie kann Gesundheitsförderung zur Qualitätsverbesserung der Kernprozesse in Gesundheitseinrichtungen beitragen? Das Empowerment-Konzept der Gesundheitsförderung betont die **Notwendigkeit der Kontrolle über die Gesundheit durch die Betroffenen selbst** – was in Bezug auf **PatientInnen** bedeutet, dass sie nicht nur als Interventionsobjekte, sondern – so wie dies auch für andere Dienstleistungen diskutiert wird – auch **als KoproduzentInnen dieser Interventionen** gesehen werden. Damit der / die KoproduzentIn diese Rolle aktiv wahrnehmen kann, muss er / sie – vor allem durch kommunikative und edukative Interventionen – **empowert** werden, einen entsprechenden Beitrag zu leisten: Den PatientInnen sollen spezifische gesundheitsrelevante Informationen, Fähigkeiten und Motivation vermittelt werden. Damit dies im klinischen Alltag geschehen kann, sind entsprechende Maßnahmen und die dafür nötige Zeit in den Behandlungsprozess einzuplanen.

Ein praktisches Beispiel für das Empowerment von PatientInnen für die Koproduktion gesundheitsfördernder Behandlung und Pflege sind diagnose- und behandlungsbezogene Patienteninformationen, Trainings und Beratungen (z.B. präoperative Patienteninformation), um die PatientInnen zu befähigen,

- aktiv zum Diagnoseprozess beizutragen und dadurch die Qualität der Diagnose zu steigern;
- sich aktiv in Behandlungsentscheidungen einzubringen;
- sich aktiv am Behandlungs- und Pflegeprozess zu beteiligen (z.B. durch Einhalten von Verschreibungen) und dadurch die Ergebnisse zu verbessern.

Durch Studien z.B. an chirurgischen PatientInnen ist schon seit vielen Jahren bekannt und immer wieder bestätigt worden, dass diese Art des **Empowerments von PatientInnen nicht nur deren Zufriedenheit verbessert, sondern sich auch günstig auf klinische Indikatoren wie postchirurgische Komplikationen und Aufenthaltsdauer auswirkt** (vgl. Wimmer / Pelikan 1984, Johnston / Vögele 1992, Tonnesen et al. 2005).

Strategie PAT-4: Empowerment von PatientInnen für das gesundheitsfördernde Management ihrer Erkrankung

Experteninterventionen in spezifischen Gesundheitseinrichtungen stellen in der Regel lediglich einen Wendepunkt im Krankheitsprozess und eine Grundlage für die Genesung bzw. das erfolgreiche Management einer chronischen Erkrankung dar. **Die Hauptrolle in der Genesung bzw. des täglichen Krankheitsmanagements** (zur Vorbeugung bzw.

zur Verlangsamung des Voranschreitens einer Krankheit) **müssen** aber **die PatientInnen und ihre Angehörigen spielen** – natürlich mit der entsprechenden professionellen Unterstützung durch das Krankenhaus oder andere Gesundheitseinrichtungen (die entsprechenden Zuständigkeiten sind in unterschiedlichen Gesundheitssystemen sehr unterschiedlich geregelt). Diese Phase der Krankheitskarriere dauert meist wesentlich länger und entzieht sich in der Regel der direkten Kontrolle durch eine Gesundheitseinrichtung, ist aber von zentraler Bedeutung für den Outcome – für das Wiedererlangen von Gesundheit und Lebensqualität. **Die professionelle Unterstützung in dieser Phase ist im Wesentlichen edukativ und besteht hauptsächlich aus der Bereitstellung von Information, Beratung und Training.**

Gesundheitseinrichtungen müssen also diese mittelfristige Perspektive auf die Krankheitskarriere berücksichtigen, indem sie entweder selbst die notwendige krankheitsspezifische Unterstützung bereitstellen oder indem sie PatientInnen an andere, spezialisierte Anbieter vermitteln. Je komplexer und seltener eine Erkrankung, desto eher muss diese Aufgabe von einem Krankenhaus übernommen werden. Adäquate gesetzliche und finanzielle Regelungen sind eine wesentliche Voraussetzung für die systematische Erbringung entsprechender Leistungen.

Im internationalen HPH-Netzwerk gibt es zahlreiche Beispiele für effektive Interventionen dieser Art von Dienstleistungen, z.B. Schulungen für DiabetikerInnen oder COPD-PatientInnen. Nach Tonnesen et al. (2005) handelt es sich bei den dieser Strategie zuzuordnenden Maßnahmen um **spezifische Gesundheitsförderung**, die sich auf die Beeinflussung von Gesundheitsdeterminanten bezieht, die für bestimmte Zielgruppen (z.B. chronisch Kranke) besonders wichtig sind – mit dem Ziel, den Krankheitsverlauf durch Befähigung der PatientInnen zum Selbstmanagement möglichst günstig zu beeinflussen. Davon zu unterscheiden ist die **allgemeine Gesundheitsförderung**, die sich auf generelle Gesundheitsdeterminanten wie Lebensstile etc. bezieht und der sich die folgende Strategie widmet:

Strategie PAT-5: Empowerment von PatientInnen für die gesundheitsfördernde Lebensstilentwicklung

Der Gesundheitsgewinn, der durch Interventionen in Gesundheitseinrichtungen erzielt werden kann, lässt sich durch eine noch langfristige Perspektive weiter steigern. Die zukünftige (positive) Gesundheit von Personen – der Gesundheitszustand und die individuellen Gesundheitsressourcen – kann durch **Lebensstiländerungen** verbessert werden (vgl. z.B. WHO 2002). Auch hier sind es wieder **vor allem edukative Maßnahmen** (Information, Beratung, Training), die zur Beeinflussung individueller Lebensstile beitragen. Natürlich können solche Angebote nicht nur von unterschiedlichen Anbietern im Gesundheitswesen, sondern auch aus dem Sozialbereich und der Erwachsenenbildung kommen. Gesundheitserziehung könnte in diesem Sinn zu einem Modul innerhalb eines Gesamtpakets der edukativen Kommunikation werden. Investitionen in diese Richtung würden helfen, Gesundheitseinrichtungen in Richtung Gesundheitszentren mit verstärkter Public Health-Orientierung weiterzuentwickeln.

International wie in Österreich gibt es zahlreiche dokumentierte Erfahrungen mit entsprechenden Maßnahmen, etwa zu den Themen Rauchen, Ernährung, Alkohol und Bewegung (vgl. Dietscher et al. 2002).

Die patientenorientierten Standards 2, 3 und 5

Während die patientenorientierten Strategien einen allgemeinen konzeptuellen Rahmen der Gesundheitsförderung für diese Zielgruppe geben, unterstützen die Standards durch ein Selbstbewertungsinstrument und Anregungen zur Entwicklung von Aktionsplänen die spezifische und gezielte Implementierung. So fordert Standard 2 (Patienteneinschätzung), dass **bereits die Anamnese auch mit Hinblick auf Gesundheitsförderung** erfolgt und die Lebensstile der PatientInnen gezielt erhoben und dokumentiert werden. Darauf aufbauend können dann gemäß Standard 3 (Patienteninformation und -

intervention) **gezielt Informationen** vermittelt und **Schulungs- und Trainingsmaßnahmen** für PatientInnen angeboten werden, die entweder der allgemeinen oder der spezifischen Gesundheitsförderung dienen. Standard 5 (Kontinuität und Kooperation) fordert schließlich, dass auch in der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitseinrichtungen und vor allem **bei der Entlassung oder Überweisung von PatientInnen die Kontinuität der gesundheitsfördernden Leistungen sichergestellt** wird.

Gesundheitsfördernde Lebenswelten / Settings für PatientInnen: Strategien PAT-3 und PAT-6

Strategie PAT-3: Entwicklung von Gesundheitseinrichtungen zu gesundheitsförderlichen, unterstützenden Umgebungen für PatientInnen

Gesundheitseinrichtungen bestehen nicht nur aus Dienstleistungsprozessen, sondern auch aus einem **Kontext, in dem diese Leistungen erbracht werden**. Während die Dienstleistungen (Gesundheits-)Outputs bzw. Outcomes erzeugen, hat der Kontext, d.h. die Situation bzw. das Setting, gesundheitsrelevante Impacts. Es gibt Impacts des **materiellen Settings** (Krankenhausinfektionen, Luftqualität, Temperatur, Sick Building-Syndrom, etc.), aber auch Impacts des Krankenhauses als **soziales Setting** mit seinen spezifischen Organisationsstrukturen und seiner Kultur, die neben der professionellen Betreuung der PatientInnen auch deren psychisches Wohlbefinden und ihre Möglichkeiten der Koproduktion und Selbstpflege beeinflussen.

Was ist der Beitrag der Gesundheitsförderung zur Settings-Entwicklung? Förderliche Umwelten (sowohl in physischer als auch in sozialer Hinsicht) spielen in der Gesundheitsförderung eine besondere Rolle, weswegen die Entwicklung sogenannter Settings eine wesentliche Strategie in der Gesundheitsförderung darstellt.

Ein Beispiel für die gesundheitsfördernde Wirkung dieser Strategie schildern Beauchemin / Hays (1998) in ihrer Untersuchung der Wirkung des Blicks aus dem Fenster und vor allem des Sonnenlichts in Krankenzimmern auf die Genesung von HerzinfarktpatientInnen. Andere Beispiele wären Vorkehrungen zur Sturzprophylaxe (von Bedeutung insbesondere für ältere PatientInnen).

Strategie PAT-6: Teilnahme an der gesundheitsfördernden und empowernden Entwicklung von regionalen Infrastrukturen für bestimmte Patientenbedürfnisse

Die Strategien PAT-1 bis PAT-3 zielen auf die Verbesserung der Qualität der Akutbehandlung und ihres Umfeldes ab, Strategien PAT-4 und PAT-5 widmen sich Maßnahmen zur Steigerung des mittel- und langfristigen Gesundheitsgewinns – mit einem beachtlichen potenziellen Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitsgewinns von PatientInnen. Aber aufgrund der anhaltenden Verkürzung der Verweildauern vor allem im stationären Sektor, während der solche Strategien zum Einsatz kommen können, werden von Gesundheitseinrichtungen zunehmend zusätzliche Angebote erwartet, die die Nachhaltigkeit und Langzeitwirkung der Behandlung absichern helfen. Hier setzt Strategie PAT-6 an.

Wie die WHO in ihren Papieren – angefangen bei der Ottawa-Charta (1986) – immer wieder betont, hängt die Möglichkeit zu einer gesunden Lebensgestaltung nur zum Teil vom individuellen Wissen, von persönlichen Fähigkeiten und Motivlagen ab. Wesentlich sind auch Möglichkeiten, Ressourcen und Anreizsysteme in der Umwelt der handelnden Personen.

Welche Rolle können Gesundheitseinrichtungen in der Entwicklung dieser Möglichkeiten und Ressourcen für PatientInnen spielen? Sie sind aufgrund ihrer Position (Wissen, Prestige) in der Lage, sich für die Gesundheitsinteressen von spezifischen Personen und Gruppen in ihrer Gemeinde einzusetzen. Aufgrund ihres spezifischen Profils sind Gesundheitseinrichtungen in diesen Rollen nur schwer durch andere Akteure ersetzbar. Trotzdem

braucht es, um diese Aufgaben gut erfüllen zu können, dafür spezifische Ressourcen und spezifische Routinen. Beispiele der Implementierung dieser Strategie umfassen z.B. die **Unterstützung von Patientenselbsthilfegruppen**, oder die Bereitstellung spezifischer medizinischer Produkte (Heilbehelfe), die für PatientInnen anderweitig schwer erhältlich sind.

Wie ist Gesundheitsförderung für MitarbeiterInnen in den Kernstrategien und Standards repräsentiert?

Europaweit sind etwa 10% der Beschäftigten im Gesundheitswesen tätig, davon in den EU-27 über 70% Frauen (vgl. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2007). Der Gesundheitssektor hat der zitierten Studie zufolge von dreizehn untersuchten Sektoren den vierthöchsten Gesundheits-Impact auf die MitarbeiterInnen.

- **Die psychischen Belastungen sind im Gesundheitssektor von den 13 untersuchten Sektoren am höchsten:** MitarbeiterInnen in diesem Sektor haben von allen Sektoren das höchste Risiko, am Arbeitsplatz Gewalt oder Belästigungen ausgesetzt zu sein, sie müssen die höchsten Anforderungen in Bezug auf Flexibilität (Ausübung unterschiedlicher Tätigkeitsbereiche) und Teamarbeit erfüllen, und der Gesundheitssektor ist durch das höchste Ausmaß an Arbeitsunterbrechungen gekennzeichnet (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2007). Weitere, von der Studie nicht untersuchte psychische Belastungen sind durch die permanente Konfrontation mit Leid und Tod gegeben.
- In Bezug auf die von der European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions untersuchten **physischen Gesundheitsbelastungen** ist vor allem die **Belastung durch rotierende Schichten** zu nennen – auch hier liegt der Gesundheitssektor an erster Stelle. In Bezug auf **Abend- und Nachtarbeit** sowie Wochenenddienste liegt er an 4. bzw. 5. Stelle. Ebenfalls hoch sind **biologische und chemische Belastungen** – hier liegt der Gesundheitssektor an 2. Stelle. Bei allen anderen körperlichen Risiken (einschließlich der ergonomischen Belastungen) liegen Gesundheitseinrichtungen eher nicht im oberen Belastungsbereich. (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2007)
- **Belastungen der sozialen Gesundheit** – (mangelnde) Karrieremöglichkeiten, die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben – wurden von der genannten Studie nicht branchenspezifisch untersucht. Es ist aber aus anderen Untersuchungen bekannt, dass vor allem die Pflege unter mangelnden Karrierechancen leidet (vgl. z.B. Krajic et al. 2005). Zudem stellen die unregelmäßigen Arbeitszeiten, v.a. die Notwendigkeit rotierender Schichten und Nachtarbeit, **besondere Anforderungen an die Verbindung von Berufs- und Privatleben**.

Hinzu kommt, dass das Gesundheitswesen in den letzten Jahren dauerreformiert wird (z.B. Schließungen / Zusammenlegungen von Einheiten und ganzen Häusern, Veränderungen von Erwartungen und Anforderungen an die MitarbeiterInnen), sodass viele MitarbeiterInnen verunsichert und demotiviert sind. Dies alles erfolgt unter Bedingungen steigender Arbeitsbelastungen (nicht zuletzt durch die immer kürzeren Verweildauern, die durch den medizinisch-technischen Fortschritt möglich werden und die immer mehr Verwaltungsaufwand mit sich ziehen).

Da sich bestimmte berufliche Belastungen mit dem Alter verstärken, kann der hohe Altersschnitt der MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen, der durch die Veränderung der Bevölkerungspyramide und die gesetzliche Anhebung des Pensionsantrittsalters bedingt ist, als weiteres Problem dieses Sektors angesehen werden (vgl. Dietscher et al. 2005).

Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass das Konzept „Gesundheitsfördernde Gesundheitseinrichtung“ von Angehörigen der Gesundheitsberufe zumindest in Österreich oft in erster Linie als eine Strategie zur Unterstützung der MitarbeiterInnen verstanden

wird: Zweifelsohne herrscht hier – so wie auch in anderen Branchen – großer Handlungsbedarf.

Ziel der mitarbeiterorientierten Strategien im Konzept Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen ist in erster Linie, die Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen zu erhalten und zu fördern (mit messbaren Outcomes in den Bereichen Arbeitszufriedenheit, bei spezifischen z.B. stressbezogenen Gesundheitsparametern, bei Fluktuationsraten und in Bezug auf die Gesundheitskompetenz der MitarbeiterInnen), und zwar durch eine entsprechende **Weiterentwicklung der Arbeitsabläufe** und über die **Gestaltung der materiellen und der sozio-kulturellen Umwelt der Gesundheitseinrichtung**. Während es bei den PatientInnen um das Angebot gesundheitsfördernder Dienstleistungen in einer gesundheitsfördernden Lebenswelt geht, fokussieren die mitarbeiterorientierten Strategien und Standards die **gesundheitsfördernde Leistungserbringung in einer gesundheitsfördernden Lebenswelt**.

Aus dem gut etablierten Feld der Betrieblichen Gesundheitsförderung liegen zahlreiche erprobte Instrumente vor¹², die zur Gesundheitsförderung für MitarbeiterInnen genutzt werden können. Eine Sammlung einschlägiger Leitlinien findet sich zum Beispiel auf der Website der Allianz für Gesundheitsförderung in Wiener Spitälern, Pflegeeinrichtungen und Seniorenwohneinrichtungen (http://www.allianz-gf-wien.at/htm/leit_arbeitsplatz.htm). Mit den Kernstrategien und Standards wurden darüber hinaus eigene Instrumente des HPH geschaffen, die die allgemeinen Instrumente spezifisch für Gesundheitseinrichtungen ergänzen:

Strategie MIT-1 – Leben in der Gesundheitseinrichtung

Diese Strategie widmet sich – wie bei den PatientInnen – den menschlichen Grundlagen, die den MitarbeiterInnen das Erfüllen ihrer Arbeitsrolle erst ermöglichen – das heißt, ihren somato-psycho-sozialen Grundbedürfnissen, deren Erfüllung zumindest in minimaler Weise auch am Arbeitsplatz möglich sein muss, um Gesundheit langfristig zu erhalten. Umsetzungsmaßnahmen umfassen etwa das Ermöglichen von **biologisch notwendigen Erholungsphasen**, die Organisation von **Essensmöglichkeiten während der Arbeitszeit** und die Berücksichtigung von Work-Life-Balance in der Arbeitszeitgestaltung.

Strategie MIT-2 – Gestaltung der Arbeitsprozesse in der Gesundheitseinrichtung

Diese Strategie thematisiert die Auswirkung von Arbeitsprozessen auf die Gesundheit der MitarbeiterInnen und die Möglichkeit der Gestaltung und Weiterentwicklung dieser Prozesse durch die MitarbeiterInnen selbst. Umsetzungsmaßnahmen umfassen zum Beispiel **Gesundheitszirkel** und **Führungskrafttrainings**.

Strategie MIT-3 – Gestaltung der Arbeitsumwelt

Diese Strategie zielt auf die Verbesserung der Gesundheitswirkung der materiellen und sozio-kulturellen Umwelt von Gesundheitseinrichtungen ab – Umsetzungsmaßnahmen umfassen etwa die **Verbesserung ergonomischer Bedingungen und des Arbeitsklimas**.

¹² sowohl branchenunspezifische Instrumente wie z.B. der Gesundheitszirkel (vgl. z.B. Schröer / Sochert 1997) als auch Instrumente für Probleme, die Gesundheitseinrichtungen spezifisch betreffen, wie z.B. Empfehlungen für die Gestaltung von Nacht- und Schichtarbeit

Strategie MIT-4 – Empowerment für ein gesundheitsförderndes Selbstmanagement bestehender Gesundheitsbelastungen

Nicht alle Gesundheitsprobleme können – wie in den Strategien MIT-1 bis MIT-3 angelegt – primärpräventiv durch die entsprechende Gestaltung des Arbeitslebens vermieden werden. **Wo bereits Probleme bestehen, bedarf es der Kompensation nicht vermeidbarer Belastungen und dadurch entstandener körperlicher oder psychischer Beeinträchtigungen**, um die betroffenen MitarbeiterInnen im Erhalt ihrer Arbeitsfähigkeit zu unterstützen. Zu den Umsetzungsmaßnahmen gehört u.a. die Unterstützung im Umgang mit Suchtproblemen, die Entwicklung altersgreicher Arbeitskarrieren (vgl. dazu z.B. Morschhäuser / Sochert 2006) oder die Möglichkeit zur Teilzeitarbeit.

Strategie MIT-5 – Empowerment zur Weiterentwicklung gesundheitsfördernder Lebensstile

Wie auch bei den PatientInnen geht es in der Strategie MIT-5 darum, durch Unterstützung gesundheitsfördernder Lebensstile – vor allem **Ernährung, Bewegung, der Umgang mit Sucht- und Genussstoffen sowie der Umgang mit Stress** – die mittel- und langfristigen Gesundheitsgewinne der MitarbeiterInnen zu steigern. Für MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen ist dies besonders wichtig, weil die unregelmäßigen Arbeitszeiten eine besondere Herausforderung an gesunde Lebensstile (z.B. regelmäßige Bewegung und Ernährung) stellen. Neben entsprechenden Informationen und Schulungen können auch Kantinenangebote, betriebliche Sportgruppen und die klare Ausschilderung von Nichtraucherbereichen zur Umsetzung dieser Strategie beitragen.

Strategie MIT-6 – Beiträge zur gesundheitsfördernden Gestaltung der Region für MitarbeiterInnen

Ihre Orientierung an sozialer Verantwortung können Gesundheitseinrichtungen über ihre Grenzen hinaus durch Beiträge zur gesundheitsfördernden Gestaltung der Region für MitarbeiterInnen unter Beweis stellen. Umsetzungsmaßnahmen wären etwa die Unterstützung von MitarbeiterInnen in der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel statt PKWs (dies fördert neben der Umwelt auch die Verkehrssicherheit nach langen Diensten), das Anbieten von **Betriebskinderkrippen und Kindergärten** mit an die Dienstzeiten angepassten Öffnungszeiten oder **Abkommen mit regionalen Fitnesscentern oder Kulturanbietern** für verbilligte Tarife für die MitarbeiterInnen.

Standard 4 – Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes

Die Implementierung der Strategien MIT-1 bis MIT-6 wird durch Standard 4 unterstützt. Hier wird die betriebliche Gesundheitsförderung explizit als **Managementverantwortung** in der Gesundheitseinrichtung definiert. Sub-Standards zu Standard 4 betreffen die Gewährleistung der Arbeitssicherheit, **Mitarbeiterschulungen und Personalentwicklung auch in Bezug auf Gesundheitsförderung** (zur Steigerung der Gesundheitskompetenz), die Entwicklung von Arbeitsabläufen in **interdisziplinären Teams**, die Erhaltung und Entwicklung des Gesundheitsbewusstseins der MitarbeiterInnen, Angebote für **Rauchstopp-Interventionen** und jährliche **Mitarbeiterbefragungen**.

Wie ist Gesundheitsförderung für die regionale Bevölkerung in den Kernstrategien und Standards repräsentiert?

Natürlich beeinflussen Gesundheitseinrichtungen in erster Linie die Gesundheit ihrer PatientInnen und MitarbeiterInnen. Aber auch (potenzielle) Effekte auf die Gesundheitsbalance anderer Bevölkerungsgruppen in der Nachbarschaft bzw. im Einzugsgebiet können in einem umfassenden Gesundheitsförderungskonzept bearbeitet werden. Der mögliche Gesundheitseinfluss von Gesundheitseinrichtungen auf die Region, insbesondere auch mit Hinblick auf die öffentliche Gesundheit, wird bislang allerdings noch wenig debattiert – am ehesten noch im Kontext des Umweltmanagements (Abwässer, Emissionen, hoher Energieverbrauch, hohes Verkehrsaufkommen, ...).

Es gibt aber noch eine Reihe anderer Möglichkeiten, wie Gesundheitseinrichtungen zur Förderung der Gesundheit in der Region beitragen können, die im Folgenden wiederum anhand von 6 Strategien (REG-1 bis REG-6) dargestellt werden. **Im Unterschied zu den patienten- und mitarbeiterorientierten Strategien, die in erster Linie auf Qualitätsentwicklungen innerhalb von Gesundheitseinrichtungen abzielen, behandeln diese Strategien im wesentlichen die Außenbeziehungen von Gesundheitseinrichtungen.**

Da die Rolle von Gesundheitseinrichtungen in der Region in unterschiedlichen Staaten und Gesundheitssystemen sehr unterschiedlich definiert ist und es daher sehr schwierig ist, international verbindliche Richtlinien auszuarbeiten, liegen für diesen Bereich keine Standards vor.

Strategie REG-1 – Empowerment der regionalen Bevölkerung zum gesundheitsfördernden Selbstmanagement durch Unterstützung eines adäquaten Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen

Die Möglichkeit, Gesundheitsdienstleistungen in angemessener Weise und vor allem rechtzeitig in Anspruch nehmen zu können, ist eine wichtige Voraussetzung für die eigene Gesundheit. Gesundheitsförderung lenkt die Aufmerksamkeit auf die Tatsache, dass Gesundheitseinrichtungen aktiv zur **Verbesserung des Zugangs zu ihren Leistungen** beitragen können. Dies gilt insbesondere für Maßnahmen, die an **sozio-ökonomisch benachteiligte Gruppen** wie MigrantInnen oder Personen mit niedrigem Bildungsniveau gerichtet sind, die bekanntermaßen über weniger Gesundheitskompetenz verfügen und Leistungen weniger in Anspruch nehmen.

Strategie REG-2 – Gesundheitsfördernde Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern

Die professionelle Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Versorgungsebenen ist eine wichtige Voraussetzung sowohl der Förderung eines adäquaten Zugangs (vgl. Strategie REG-1) und der Vermeidung von Fehlversorgung als auch der optimalen Betreuung von PatientInnen im gesamten Verlauf ihrer Patientenkarriere. Neben der Implementierung entsprechender (auch technisch unterstützter) **Kommunikationsstrukturen** tragen dazu auch **gemeinsame Fortbildungen von MitarbeiterInnen unterschiedlicher Versorgungsebenen** bei. Damit kann gleich auch noch ein weiteres Ziel – nämlich der Transfer von Know-How zur Gesundheitsförderung zwischen unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen – unterstützt werden.

Strategie REG-3: Entwicklung von Gesundheitseinrichtungen zu gesundheitsfördernden Umwelten für die Region

Gesundheitseinrichtungen als materielle und soziale Settings bzw. Lebenswelten haben nicht nur Effekte auf die Gesundheit der Menschen, die sich in ihnen bewegen, sondern auch auf die Menschen in ihrer Nachbarschaft. Aus einer ökologischen und Qualitätsperspektive sind insbesondere die negativen Effekte von (großen) Gesundheitseinrichtungen auf **Luftverschmutzung und Wasserbelastung**, sowie Beiträge zur **Lärm- und Verkehrsbelastung** (über Krankentransporte, BesucherInnen, MitarbeiterInnen) zu **reduzieren**. Aus Perspektive der Gesundheitsförderung geht es darüber hinaus auch um den Ausbau positiver Effekte, etwa in Form der Zurverfügungstellung von **Infrastrukturen für die Nachbarschaft** (z.B. Räume für Treffen, Sport- und Freizeitaktivitäten). Gesundheitseinrichtungen können sich beispielsweise als kulturelles Zentrum etablieren (wie z.B. das Krankenhaus Repty, in Polen (vgl. Eysymontt et.al. 1998).

Strategie REG-4 – Empowerment der regionalen Bevölkerung zum gesundheitsfördernden Krankheitsmanagement

Gesundheitseinrichtungen können über ihre eigenen PatientInnen (und deren Angehörige) sowie ihre MitarbeiterInnen hinaus auch weitere Personen im Management chronischer Erkrankungen unterstützen, indem sie ihre entsprechenden Angebote für einen weiteren Personenkreis öffnen. Dies würde insbesondere für **seltene Erkrankungen** Sinn machen, zu denen einzelne externe Anbieter häufig nicht über die nötige Expertise verfügen. Beispiele aus Österreich umfassen z.B. Alkohol- und Drogenberatung für Betriebe und Schulen durch spezielle Suchtkliniken, oder die **Schulung von KindergartenpädagogInnen und LehrerInnen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit spezifischen chronischen Erkrankungen**.

Strategie Reg-5 – Empowerment der regionalen Bevölkerung für die gesundheitsfördernde Lebensstilentwicklung

Selbstverständlich können Gesundheitseinrichtungen – abhängig von ihren definierten Aufgaben, von den Leistungen anderer Anbieter und von Finanzierungsmöglichkeiten – **Informations- und Schulungsangebote** für die Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensstile einem breiteren Bevölkerungskreis anbieten, um ihre diesbezügliche Expertise für ihre Region nutzbar zu machen.

Strategie REG-6 – Beiträge zur gesundheitsfördernden Regionalentwicklung

Ein weiterer für die öffentliche Gesundheit besonders wichtiger Bereich sind Beiträge von Gesundheitseinrichtungen zur gesundheitsfördernden Regionalentwicklung: Gesundheitsprofessionisten haben oft nicht nur einen besonders guten Überblick über regionale Gesundheitsprobleme, sondern verfügen aufgrund ihrer Expertise, ihres Prestiges und ihrer Wirtschaftsmacht auch über eine Stimme, die gehört wird. Eine mögliche Form des Beitrags ist die **Aufbereitung von Patientendaten für die regionale Gesundheitsberichterstattung**, um so eine datenbasierte Handlungsgrundlage für Verbesserungsmaßnahmen zu schaffen. Durch „**Partnerschaften für Gesundheit**“ (vgl. Jakarta-Erklärung der WHO von 1998) – z.B. in Form spezifischer Kooperationen mit der Regionalverwaltung, mit Betrieben oder Schulen – können Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, der Gesundheitserziehung oder der verbesserten Gesundheitsversorgung für soziale Randgruppen unterstützt werden.

Wie ist der organisationsumfassende Gesamtansatz „Gesundheitsfördernde Gesundheitseinrichtung“ in den Kernstrategien und Standards repräsentiert?

Versteht man Gesundheitsförderung als eine Qualitätsdimension von Gesundheitseinrichtungen, kann es nicht nur um die Implementierung einzelner Maßnahmen gemäß den 18 Kernstrategien und 5 Standards gehen, sondern es stellt sich die Frage, wie **Gesundheitsförderung** – analog zu anderen Qualitätsdimensionen – **in die Routineabläufe der Gesundheitseinrichtung eingebaut** werden kann. Dafür braucht es neben der Bereitschaft der Professionisten im Gesundheitswesen vor allem auch die **Unterstützung durch ein professionelles Management**.

Damit ist aber auch ein wesentlicher potenzieller Stolperstein angesprochen: Gesundheitseinrichtungen sind sogenannte Expertenorganisation (vgl. Mintzberg 1997). Das Management hat in solchen Organisationen aufgrund der großen fachlichen Differenzierung und Einzelverantwortung z.T. hoch spezialisierter MitarbeiterInnen in der Regel weniger Steuermöglichkeiten als etwa in produzierenden Betrieben. Dennoch: Die nahezu zwanzigjährige Erfahrung von HPH zeigt, dass jene Gesundheitseinrichtungen in der Umsetzung von Gesundheitsförderung am erfolgreichsten waren, denen es gelungen ist, eine engagierte und charismatische Führung, die voll und ganz hinter dem Konzept steht, mit strategischen Entwicklungen zu verbinden (vgl. Pelikan et al. 1998b). Seit dem Jahr 2001 laufen im internationalen HPH-Netzwerk daher gezielte Bemühungen, einen strategischen HPH-Ansatz zu fordern und dies auch durch die Entwicklung entsprechender Instrumente zu unterstützen. Ein erster Wegbereiter in diese Richtung war das Deutsche Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, das die **Kombination von Gesundheitsförderung, EFQM und der Balanced Score Card** getestet und bereits 2001 ein Handbuch zur Verbindung von Gesundheitsförderung und EFQM veröffentlicht hat (vgl. Brandt 2001). Und natürlich wurde die Bedeutung eines organisationsumfassenden Gesamtansatzes für Gesundheitsförderung auch im Rahmen der Kernstrategien und Standards aufgegriffen:

„18+“: Implementierung eines Unterstützungssystems für Gesundheitsförderung in der Organisation

Während die 18 Kernstrategien den inhaltlichen Rahmen für umfassende Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen beschreibt, bietet „18+“ einen Vorschlag für die **Implementierung eines Unterstützungssystems für Gesundheitsförderung in der Organisation**. Dieser ist am Qualitätsverständnis von Donabedian (1982) orientiert, wonach die Erreichung der gewünschten Ergebnisse durch die entsprechende Entwicklung von Strukturen und Prozessen erfolgt.

Das Unterstützungssystem für Gesundheitsförderung sollte zumindest folgende Aspekte umfassen:

- Gesundheitsförderung braucht einen klaren **Rückhalt durch die Leitung** und muss zu einem expliziten Ziel und Wert im **Leitbild** der Einrichtung werden.
- Machbare Teilziele und Vorhaben sollen in einem **organisationsinternen Strategiedokument für Gesundheitsförderung** definiert sein.
- Ein jährlicher **Aktionsplan für Gesundheitsförderung** und die **projektformige Umsetzung** von Vorhaben unterstützen die Implementierung der Strategie, ebenso wie
- ein für Gesundheitsförderung gewidmetes **Budget** und
- eine spezifische **Management-Struktur** für Gesundheitsförderung bzw. eine Festbeschreibung der organisationsinternen Zuständigkeit für Gesundheitsförderung quer durch die Hierarchieebenen (z.B. als Aufgabe des Qualitätsmanagements).
- Um erfolgreich zu sein, ist die Entwicklung der Ziele und ihre Umsetzung auf die **Information, Einbeziehung und Partizipation** der MitarbeiterInnen aller Ebenen, aber auch der VertreterInnen weiterer Interessensgruppen wie PatientInnen, Eigen-

tümerInnen und Financiers angewiesen – denn wie man aus der Management-Literatur weiß, wird Verordnetes nicht ohne Weiteres übernommen (vgl. Covey 2005). Geeignete Medien zur Information sind z.B. interne Rundbriefe, Intranet, Hausmes- sen. Methoden zur Förderung von Einbeziehung und Partizipation sind Gesundheits- zirkel oder betriebliches Vorschlagswesen.

- Um sicherzustellen, dass die Qualität der Gesundheitsförderung laufend weiter entwi- ckelt wird, ist eine **Analyse von Strukturen und Prozessen (Assessment)**, die **Identifizierung von gesundheitsfördernden (empowernden, partizipativen) Beiträgen zu deren Verbesserung**, eine **Priorisierung** der gefunden Interventi- onsbereiche (z.B. mit Hilfe der fünf Standards) und die regelmäßige Überprüfung von Erfolgen (z.B. Mitarbeiter- und Patientenbefragungen, die eine Einschätzung des Ge- sundheitsgewinns und der Gesundheitskompetenz ermöglichen) erforderlich.
- Nachhaltige gesundheitsfördernde Entwicklungen können erzielt werden, wenn Ge- sundheitsförderung **in professionelle Standards, Leitlinien und klinische Pfade integriert** wird. Eine weitere Möglichkeit sind spezifische Gesundheitsförderungs- **Programme** für bestimmte **Lebensstile** (z.B. Rauchfrei-Programm gemäß den Vor- gaben des European Network for Smoke-Free Hospitals¹³), für bestimmte **Zielgrup- pen** (z.B. Baby Friendly- oder Migrant Friendly-Programme, Kinderfreundliches Kran- kenhaus, allgemeine Patientenorientierungs- oder Patientensicherheitsprogramme, soziale Gerechtigkeit, Mitarbeiterfreundliches Krankenhaus, Familienfreundlicher Ar- beitsplatz), für bestimmte **Erkrankungen**, für die Gestaltung der Einrichtung als **Setting** bzw. Lebenswelt (z.B. ökologische Gestaltung, ergonomische Gestaltung, Verkehrsplanung), oder für zur **Regionalentwicklung** (z.B. regelmäßige Gesund- heitsberichterstattung, Gesunde Allianzen, Gesundheitsangebote für die regionale Be- völkerung).
- Dies setzt auch die **gesundheitsfördernde Aus-, Fort- und Weiterbildung** der MitarbeiterInnen sowie ein entsprechendes Führungskräfte-Training voraus.

Standard 1: Management-Grundsätze

Auch für den Management-Bereich liegt mit den Standards die Möglichkeit einer Selbst- bewertung und der darauf aufbauenden Entwicklung und Implementierung von Aktions- plänen vor. Der Standard und seine Substandards fordern die **klare Festlegung der Verantwortung für Gesundheitsförderung in der Organisation**, die **Bereitstellung von Ressourcen** für die Implementierung von Gesundheitsförderung, und die datenba- sierte **Evaluierung der Qualität** von Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Rahmenbedingungen für Gesundheitsfördernde Gesundheitseinrichtungen

Unterstützendes Gesundheitswesen

Es wäre natürlich für eine Gesundheitseinrichtung, die einen "totalen Gesundheitsförde- rungs-Ansatz" im oben beschriebenen Sinn umsetzen möchte, sehr hilfreich, wenn diese Entwicklung auch durch entsprechende Unterstützung aus dem Umfeld unterstützt wür- den – etwa durch einen **hohen Stellenwert von Gesundheitsförderung in der Ge- sundheitspolitik und in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Angehörigen der Gesundheitsberufe**.

Österreich ist diesbezüglich auf einem guten Weg – ist **Gesundheitsförderung** doch **mehrfach als Aufgabe des Gesundheitswesens gesetzlich verankert**¹⁴. Neben Re- gelungen für bestimmte Berufsgruppen (Allgemein- und ArbeitsmedizinerInnen, Gesun- deits- und Krankenpflegepersonen) und für bestimmte Gesundheitseinrichtungen (Kas-

¹³ vgl. dazu die Website des European Network for Smoke-Free Hospitals, <http://ensh.aphp.fr/> (Zugriff am 14.08.2008)

¹⁴ (vgl. dazu Übersicht im Anhang)

sen, arbeitsmedizinische Zentren) stellt das **Gesundheitsqualitätsgesetz** (2005) eine explizite Verbindung zwischen Qualitätsarbeit und Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen her. Damit steht Österreich nicht alleine da: **Auch in anderen EU-Staaten ist Gesundheitsförderung als Qualitätsdimension des Gesundheitswesens definiert**, so etwa in Irland, wo sie in der Verantwortung des Department for Health and Children und damit eines der drei nationalen Akteure liegt, die gemeinsam unter der Leitung des Health Service Executive das Gesundheitssystem gestalten. In Spanien gehört sie zu den Leitprinzipien des Nationalen Qualitätsplans von 2006 (vgl. Legido-Quigley et al. 2008).

Literatur

Bauchemin K.M., Hays P. (1998): Dying in the dark: Sunshine, gender and outcomes in myocardial infarctions. In: Journal of the Royal Society of Medicine. Vol. 91, No. 7, 352-354

Behrens J., Langer G. (2004): Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“. Qualitative und quantitative Methoden bei täglichen Pflegeentscheidungen. Bern: Verlag Hans Huber

Brandt E. (Ed.) (2001): Qualitätsmanagement und Gesundheitsförderung im Krankenhaus: Handbuch zur EFQM-Einführung. Neuwied & Kriftel: Luchterhand

Covey S.R. (2005): Die 7 Wege zur Effektivität: Prinzipien für persönlichen und beruflichen Erfolg. Offenbach: Gabal

Dahlgren G., Whitehead M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies.

Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., Kleijnen, J. (2001): Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. In: The Lancet, Vol 357, March 10, 757-762.

Dietscher C., Krajic K., Nowak P., Stidl T., Pelikan J.M: (2002): Das Gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte, Beispiele und Erfahrungen aus dem internationalen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen

Dietscher C., Nowak P., Schmied H. (2005): Factsheet: "Altern in Gesundheit für Mitarbeiter/innen: Beiträge von Spitälern und Pflegeeinrichtungen". Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie

Donabedian A. (1982): The Criteria and Standards of Quality. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Michigan: Health Administration Press

Ehlers B., Dziewas R., Weise C., Blankenburg K., Gummert J., Strauss B., Brandt E., Albes J. (2008): Influencing anxiety and stress in cardiosurgical patients by means of perioperative psychological or spiritual interventions. Referat am 15. Mai 2008 im Rahmen der 16. Internationalen Konferenz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, Berlin

Engelmann F., Halkow A. (2008): Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung. Berlin: WZB

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eds., 2007): Fourth European Working Conditions Survey. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions

Eysymontt Z., Baczek Z., Marzec A. (1998): "The Upper Silesian Rehabilitation Centre 'Repty' in Ustron as a Pilot Health Promoting Hospital" in: Pelikan J.M., Garcia-Barbero M., Lobnig H., Krajic K. (1998): Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997. Gamburg: G. Conrad Health Promotion Publications, 293-308

Goode T.D., Dunne M.C., Bronheim S.M. (2006): The evidence base for cultural and linguistic competency in health care. Washington: Georgetown University

Gröne O. (2006): Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms. Copenhagen: World Health Organization

Hartl F., Wernisch D. (2001): Qualitätsmanagement in Gesundheitseinrichtungen. Konzeption - Implementierung – Verbesserung. Wien: ÖÄK

Holmes TH, Rahe RH (1967). "The Social Readjustment Rating Scale". J Psychosom Res 11 (2): 213-8

Johnston, M., Vögele, C. (1992): Welchen Nutzen hat psychologische Operationsvorbereitung? Eine Metaanalyse der Literatur zur psychologischen Operationsvorbereitung Erwachsener. In: Schmidt, L.R. (Eds.): Psychologische Aspekte medizinischer Maßnahmen. Berlin: Springer. 215-246.

Kiecolt-Glaser J., McGuire L., Robles T.F., Glaser R. (2002): Psychoneuroimmunology and Psychosomatic Medicine: Back to the Future. In: Psychosomatic Medicine 64, 15-28

Legido-Quigley H. McKee M., Nolte E., Glinos I.A. (Eds., 2008): Assuring the quality of health care in the European Union: A case for action. Copenhagen: World Health Organization – Regional Office for Europe

Krajic K., Vyslouzil M., Nowak P. (2005): Pflegenotstand in Österreich? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf Entwicklung der Arbeitsbedingungen des diplomierten Pflegepersonals. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie

Kunz R., Ollenschläger G., Raspe H.H., Jonitz G., Kolkman F.W. (Hg., 2000): Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Köln: Deutscher Ärzteverlag

Mintzberg H. (1997): Toward Healthier Hospitals. In: Healthcare Management Review 22 (4), 9-18

Morschhäuser M., Sochert R. (2006): Healthy work in an ageing Europe. Strategies and instruments for prolonging working life. Essen: Federal Association for Company Health Insurance Funds

Nowak P., Lobnig H., Krajic K., Pelikan J.M.: (1998): Case Study Rudolfstiftung Hospital, Vienna, Austria – WHO Model Project "Health and Hospital". In: Pelikan J.M., Garcia-Barbero M., Lobnig H., Krajic K. (1998): Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997. Gamburg: G. Conrad Health Promotion Publications, 47-66

Panamerican Health Organization – Regional Office of the World Health Organization (Eds., 2000): Fifth Global Conference on Health Promotion: Final Report. Washington: Panamerican Health Organization

Pelikan J.M., Garcia-Barbero M., Lobnig H., Krajic K. (Eds., 1998a): Pathways to a Health Promoting Hospitals. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997. Gamburg: Health Promotion Publications

Pelikan J.M., Lobnig H., Krajic K., Dietscher C. (1998b): Structure, process and outcome of the European Pilot Hospital Project – a summary. In: Pelikan J.M., Garcia-Barbero M., Lobnig H., Krajic K. (Eds., 1998): Pathways to a Health Promoting Hospitals. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997. Gamburg: Health Promotion Publications, pp. 17-44

Pelikan J.M., Krajic K., Dietscher C. (2001): Health Promoting Hospitals: Concept and Development. In: Patient Education and Counselling 45 (4), 239-243

Pelikan J.M., Krajic K., Dietscher C. (2006): Putting HPH Policy into Action. Working Paper of the WHO Collaborating Centre on Health Promotion in Hospitals and Health Care. Vienna: Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine. (<http://www.hph-hc.cc/Downloads/HPH-Publications/wp-strategies-final.pdf>; Zugriff am 03.07.2008)

Republik Österreich (Hg., 2005): Artikel 9, Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG). In: 179. Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz, das Ärztegesetz 1998 und das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen geändert sowie ein Bundesgesetz

zur Qualität von Gesundheitsleistungen und ein Bundesgesetz über Telematik im Gesundheitswesen erlassen werden (Gesundheitsreformgesetz 2005)

Rootman, I.; Goodstadt, M.; Hyndman, B.; McQueen, D. V.; Potvin, L.; Springett, J.; Ziglio, E. (2001): Evaluation in health promotion: principles and perspectives. WHO Regional Publications. European Series; No. 92. WHO: Copenhagen

Schröer A., Sochert R. (1997): Gesundheitszirkel im Betrieb. Modelle und praktische Durchführung. Wiesbaden: Universum Verlagsanstalt

Stahl T., Wismar M., Ollila E., Lahtinen E., Leppo K. (Eds., 2006): Health in all policies: Prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health

Tonnesen H., Fugleholm A., Jorgensen S.J. (2005): Evidence for health promotion in hospitals. In: Groene O., Garcia-Barbero M. (2005): Health promotion in hospitals: Evidence and quality management. Copenhagen: World Health Organization – Regional Office for Europe

Vetter N. (1995): The hospital – From the centre of excellence to community support. London: Chapman

Wimmer H., Pelikan J.M. (1984): Effekte psychosozialer Interventionen bei der prä- und postoperativen Betreuung von Patienten im Krankenhaus. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie

World Health Organization. (1948) Constitution. Geneva: World Health Organization

World Health Organization (1978): Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: WHO

World Health Organization (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization

World Health Organization (1997): The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Geneva: World Health Organization

World Health Organization (2002): Physical inactivity a leading cause of disease and disability. Geneva: World Health Organization

World Health Organization – Regional Office for Europe (1991): The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals. Copenhagen: World Health Organization - Regional Office for Europe

World Health Organization – Regional Office for Europe (1997): The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals