

*„Gut orientiert durchs Gesundheitssystem?
Navigation braucht Gesundheitskompetenz!“*

TAGUNGSBAND

7. Konferenz der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz
6. Oktober 2022, hybrid aus Vorarlberg



Unter Mitarbeit von: Agáta Ćirić | Dr.in Angelika Schlacher

Zitiervorschlag: ÖPGK (2022): 7. Konferenz der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz. Gut orientiert durchs Gesundheitssystem? Navigation braucht Gesundheitskompetenz! Tagungsband. Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz, Gesundheit Österreich, Wien

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“ sowie insbesondere zu den Unterzielen 3.4 und 3.8 bei.

Das Projekt ist finanziert aus den Mitteln der Agenda Gesundheitsförderung.

Wien, Oktober 2022

Inhalt

Thema der Konferenz	„Gut orientiert durchs Gesundheitssystem? Navigation braucht Gesundheitskompetenz“	4
1	Plenum: Wege durchs Gesundheitssystem – die Hürden und Lücken	7
2	Plenum: Wege durchs Gesundheitssystem – Lösungsansätze	8
3	Themenforum 1: Schwerpunkt Navigation	10
3.1	Gesundheitssystemschulungen für Migrant:innen	10
3.2	neuerhaus Gesundheitstelefon	11
3.3	Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung: Lösungsansätze und Empfehlungen	12
3.4	Case Management in der Betreuung und Pflege in Vorarlberg	13
3.5	Integrierte Versorgung in Tirol: Multiprofessionelle Versorgungsnetzwerke	14
4	Themenforum 2: Gute Gesundheitsinformation	15
4.1	Das Heilkräuter-Daumenkino: Barrierefreie Infos in Gebärdensprache	15
4.2	NHLS – ein Instrument zur Erfassung der ernährungsbezogenen Gesundheitskompetenz	16
4.3	Choosing Wisely Österreich: Top Liste Nierenerkrankungen	17
4.4	Informationsbedürfnisse der Angehörigen von Personen mit akutem Schlaganfall: Studie mit qualitativer Datentriangulation	18
5	Themenforum 3: Empowerment und Chancengerechtigkeit	19
5.1	Bürger:innen u. Patient:innen Empowerment mit dem Gesundheitslotsen: PATIOSpots	19
5.2	Frauen und Männer gut informieren	20
5.3	Patient:innenempowerment durch innovative Schulung am Beispiel HerzMobil Tirol	21
5.4	In kürzerer Zeit zur Diagnose bei chronischen Wunden? Ein Werkstattbericht	22
6	Themenforum 4: Über Gesundheitskompetenz lernen	23
6.1	Gesundheitskompetenz im Arbeitsumfeld der Mitarbeiter:innen der ÖGK	23
6.2	Gesundheitskompetenz-Schulungsangebot für Mitarbeiter:innen der ÖGK	24
6.3	Gesundheitskompetenz und Kommunikation in der Ausbildung von Gesundheitsberufen	25
6.4	Kommunikationsskills in der telemedizinischen Betreuung von Patient:innen	26
6.5	Die Gesundheitskompetenz von Kindern messen – ein neues Instrument	28
6.6	Wie gesundheitskompetent sind 9- bis 13-jährige Kinder in Tirol?	29
7	Themenforum 5: Schwerpunkt Navigation	30
7.1	Ist das noch normal? Mental Health Literacy im Projekt Durchblicker*in	30
7.2	Patientenempowerment mittels Patienten Journey im LKH Feldkirch	31
7.3	Gemeinschaftliche Selbsthilfe als Navigatorin!	32
7.4	Psychotherapie Vorarlberg – Clearingstelle	33
8	Themenforum 6: Tools zur Stärkung der Gesundheitskompetenz	34
8.1	Gesund informiert	34
8.2	Epilepsie im Zentrum EIZ / Epilepsiefachberatung – 3-jähriges Pilotprojekt in der Steiermark	35
8.3	„Infos ohne Nebenwirkung“ – Checkliste zur Beurteilung von Gesundheitsinfos	36
8.4	Zugang zu digitalen Gesundheitsanwendungen in der hausärztlichen Versorgung	37
9	Themenforum 7: Gesundheitskompetenz und Zielgruppenbeteiligung	38
9.1	Diabeteszentrum Wienerberg: Gesundheitskompetenz durch Mitbestimmung fördern	38
9.2	Projektergebnisse Stärkung der Gesundheitskompetenz in Bezug auf Kinderimpfungen	40
9.3	Patient and Public Involvement in der pädiatrischen Onkologie – So klappts!	41
9.4	Diabetes Typ1 – DA MA WOS! Peer to Peer Support für DiaBadasses in Austria	42
10	Themenforum 8: Betriebliche Gesundheitsförderung	43
10.1	Nationale Strategie „Gesundheit im Betrieb“	43
10.2	Health of Students - Das Peer2Peer-Programm	44
10.3	Gesundheitskompetenz stärken im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung: Lessons Learned	45
10.4	BGF in der Arbeitswelt 4.0 – Hauptergebnisse der Evaluation und Handlungsempfehlungen	46

Thema der Konferenz

„Gut orientiert durchs Gesundheitssystem? Navigation braucht Gesundheitskompetenz“

Das österreichische Gesundheitssystem hat ein breit gefächertes Leistungsangebot und ermöglicht der Bevölkerung eine hochqualitative Versorgung. Ebenso bieten zahlreiche Institutionen vielfältige Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in unterschiedlichen Lebenswelten. Durch diverse Zuständigkeiten, fragmentierte Strukturen und mangelnde Transparenz finden sich Menschen jedoch schwer in dieser Vielfalt von Angeboten zurecht. In der Gesundheitsförderung kann dies dazu führen, dass Menschen den Zugang zu Leistungen nicht finden. In der Versorgung kann die Verzögerung von Diagnose und Behandlung die Folge sein, was wiederum vermeidbares Leid und unnötige Kosten nach sich ziehen kann.

Das Zurechtfinden im System erfordert von Bürgerinnen und Bürgern und Patientinnen und Patienten ein hohes Maß an Navigationskompetenz. Doch gerade damit haben die Menschen in Österreich Schwierigkeiten. Das belegen die Ergebnisse der aktuellen Gesundheitskompetenz Erhebung (HLS19-AT). Auf Basis der Resultate wurde ein Set von Empfehlungen zur Verbesserung der Navigationskompetenz erarbeitet.

Wo erleben Menschen die größten Hürden bei der Navigation im Gesundheitssystem? Wie können diese Hürden abgebaut werden, damit Betroffene rascher und einfacher zur richtigen Anlaufstelle oder zur richtigen Gesundheitsinformation finden? Welche wegweisenden Ansätze und Projekte gibt es bereits? Welche Rolle können Informationsplattformen, Telefonberatungen oder Gesundheitscoaches spielen? Welche Orientierungshilfen bieten Organisationen, z.B. im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung? Und wie können die besonderen Bedürfnisse unterschiedlicher Zielgruppen berücksichtigt werden?

Die siebte ÖPGK-Konferenz, die in Kooperation mit dem Land Vorarlberg, der Österreichischen Gesundheitskasse, dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und dem Fonds Gesundes Österreich stattfindet, widmet sich diesen wichtigen Fragen und versucht Impulse für Weiterentwicklungen und Lösungen zu geben.

Konferenzprogramm

09:30 – 09:50	Begrüßung & Eröffnung <ul style="list-style-type: none">• Martina Rüscher, Land Vorarlberg• Christina Dietscher, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Vorsitzende der ÖPGK• Johannes Rauch, Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
09:50 – 10:00	Sich im Gesundheitssystem zurechtfinden – ein Bericht <ul style="list-style-type: none">• Joe Meusburger, stellvertretender Obmann der Selbsthilfe Vorarlberg und Diabetes Berater
10:00 – 10:30	Navigationskompetenz: Ergebnisse der Health-Literacy-Survey (HLS19) aus Österreich, Deutschland und der Schweiz <ul style="list-style-type: none">• Doris Schaeffer & Lennert Griese, Universität Bielefeld• Saskia de Gani, Careum Zürich• Robert Griebler, Gesundheit Österreich GmbH
10:30 – 11:15	Podium: Wege durchs Gesundheitssystem – die Hürden und Lücken <ul style="list-style-type: none">• Karin Rumpelsberger, ÖGK, Leitung Expertisezentrum Gesundheitsförderung, Prävention und Public Health der Österreichischen Gesundheitskasse• Burkhard Walla, Präsident der Vorarlberger Ärztekammer• Nikolas Julian Burtscher, Geschäftsführer Selbsthilfe Vorarlberg• Christina Dietscher, BMSGPK, Vorsitzende der ÖPGK
11:15 – 11:30	Pause
11:30 – 12:30	Parallele Themenforen 1-4
12:30 – 13:30	Mittagspause
13:30 – 14:30	Parallele Themenforen 5-8
14:30 – 14:45	Pause
14:45 – 15:00	Urkundenverleihung: Neue Mitglieder der ÖPGK
15:00 – 16:15	Podium: Wege durchs Gesundheitssystem – Lösungsansätze <ul style="list-style-type: none">• Martina Rüscher, Land Vorarlberg - Vorarlberger Gesundheits-App – XSUND• Justin Rautenberg, OptiMedis AG - Ein Blick ins „Gesunde Kinzigtal“ und neuste Entwicklungen• Katharina Liewald, Schweizerisches Rotes Kreuz – Das Online-Portal migesplus: Gesundheitsinfos für alle• Monika Gebetsberger Land OÖ - Orientierungshilfe „Wo bin ich richtig“• Gert Lang, Fonds Gesundes Österreich - Zur Rolle der Betrieblichen Gesundheitsförderung• Andrea Wesenauer, Obfrau ÖGGC - Die Rolle des Case Managements
16:15 – 16:30	Rückblick Österreichischer Gesundheitskompetenz-Preis und Abschlussworte <ul style="list-style-type: none">• Martina Rüscher, Land Vorarlberg• Christina Dietscher, BMSGPK

Moderation: Conny Amann

Themenforen

11:30 12:30

TF 1: Schwerpunkt: Navigation durchs Gesundheitssystem

TF 2: Gute Gesundheitsinformation

TF 3: Empowerment und Chancengerechtigkeit

TF 4: Über Gesundheitskompetenz lernen

12:30 – 13:30

Mittagspause

13:30 14:30

TF 5: Schwerpunkt: Navigation durchs Gesundheitssystem

TF 6: Tools zur Stärkung der Gesundheitskompetenz

TF 7: Gesundheitskompetenz und Zielgruppenbeteiligung

TF 8: Betriebliche Gesundheitsförderung

1 Plenum: Wege durchs Gesundheitssystem – die Hürden und Lücken

Navigationskompetenz bezieht sich auf die Fähigkeit sich ohne Probleme und Umwege im Gesundheitssystem zurechtzufinden, um die richtige Versorgung zur richtigen Zeit am richtigen Ort zu erhalten. Sie erfordert das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit von Menschen, sich mit Informationen zum Gesundheitssystem auseinanderzusetzen.

Diverse Zuständigkeiten, fragmentierte Strukturen und mangelhafte Transparenz erschweren oft die Orientierung und das Zurechtfinden im Gesundheitssystem und in Gesundheitseinrichtungen. Für die Bevölkerung ist es besonders herausfordernd, herauszufinden, welche Rechte sie als Patient:innen haben oder welche Kosten von Krankenversicherungen übernommen werden. Darüber hinaus ist es problematisch Informationen bzw. Unterstützungsmöglichkeiten zu finden, damit man sich im System gut bewegen kann bzw. zurecht findet.

In der Keynote werden Ergebnisse aus der HLS19-Befragung in Österreich, Deutschland und der Schweiz präsentiert und Vergleiche gezogen:

- Doris Schaeffer & Lennert Griese, Universität Bielefeld
- Saskia de Gani, Careum Zürich
- Robert Griebler, Gesundheit Österreich GmbH

Am Podium diskutieren:

- Karin Rumpelsberger, ÖGK, Leiterin Expertisezentrum Gesundheitsförderung, Prävention und Public Health
- Burkhard Walla, Präsident der Vorarlberger Ärztekammer
- Nikolas Julian Burtscher, Geschäftsführer Selbsthilfe Vorarlberg
- Christina Dietscher, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

2 Plenum: Wege durchs Gesundheitssystem – Lösungsansätze

Auf Basis der HLS19-AT-Ergebnisse wurden von der Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz (ÖPGK) Empfehlungen erarbeitet. Um eine bessere Orientierung und Navigation im Gesundheitssystem zu ermöglichen, ist vor allem die Etablierung von geeigneten, leicht zugänglichen Navigationsshilfen (z.B. Patientenpfade, Informationsplattformen) empfehlenswert, wobei die Bedürfnisse unterschiedlicher Zielgruppen zu berücksichtigen sind. Durch die Vorstellung von Beispielen guter Praxis sollen Impulse gegeben werden.

Vorarlberger Gesundheits-App - XSUND

Martina Rüscher, Land Vorarlberg

„Xsund“ heißt die Vorarlberger Gesundheitsapp, die schnell und standortbezogen Auskunft gibt. Neben den aktuellen Gesundheitsinfos, Notfallnummern und Helplines finden die Nutzer:innen auch Anleitungen für gesundheitliche Notfälle. Zum Beispiel: Wie versorge ich eine stark blutende Wunde? Die in der App beschriebenen Symptome und Maßnahmen können dazu beitragen, im Notfall richtig zu handeln. Um die Orientierung und Anfahrt zu einer Arztpraxis zu erleichtern, sind alle Praxen auch auf einer digitalen Karte ersichtlich. Gleichzeitig versorgt die App die Anwender:innen über die aktuellen Entwicklungen aus dem Gesundheitswesen und die Corona-Situation.

Ein Blick ins „Gesunde Kinzigtal“ und neueste Entwicklungen

Justin Rautenberg, OptiMedis AG

Die Gesundes Kinzigtal GmbH ist eine von der OptiMedis AG zusammen mit dem Ärztenetz MQNK e.V. 2005 gegründete Managementgesellschaft mit dem Ziel, die Gesundheitsversorgung im Kinzigtal mit seinen rund 71.000 Einwohner:innen zu optimieren. Dazu hat OptiMedis ein integriertes Versorgungsmodell entwickelt, das mittlerweile auch in weiteren Regionen in Deutschland erfolgreich umgesetzt wurde. Über die Integrierte Versorgung hinaus ist das Gesunde Kinzigtal in vielen Sektoren erfolgreich zu Gange: Zu den Dienstleistungen zählen unter anderem Betriebliches Gesundheitsmanagement, Fortbildungen für Gesundheitsberufe, Gesundheits- und Präventionsprogramme, Sport-, Ernährungs- und Bewegungskurse sowie Gesundheitsberatungen.

Das Online-Portal migesplus: Gesundheitsinfos für alle

Katharina Liewald, Schweizerisches Rotes Kreuz

Das Portal des Schweizerischen Roten Kreuzes ist eine zentrale Bezugsquelle von Gesundheitsinformationen in bis zu 50 Sprachen. Wir unterstützen Fachpersonen dabei, vulnerable Zielgruppen zu erreichen und setzen uns für Chancengleichheit in Prävention und Gesundheitsförderung ein. Der von migesplus entwickelte Gesundheitswegweiser Schweiz erleichtert benachteiligten Bevölkerungsgruppen die Navigation im komplexen Gesundheitssystem der Schweiz. Der Ratgeber liegt in 19 Sprachen vor und gibt in einfach verständlicher Sprache Auskunft über Prävention, Krankenkasse und die medizinische Versorgung, erklärt Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten. Zudem enthält der Ratgeber Hinweise auf wichtige Anlaufstellen und Angaben zur Gesundheitsversorgung für besonders vulnerable Gruppen wie Asylsuchende.

Orientierungshilfe „Wo bin ich richtig“

Monika Gebetsberger, Land Oberösterreich

Die Initiative „Gesund werden: Wo bin ich richtig?“ verfolgt einerseits Ziele für die Bevölkerung, andererseits für die Professionistinnen und Professionisten im Gesundheitsbereich. Für die Bevölkerung sind die Ziele, die Orientierung im Versorgungssystem zu verbessern und das Bewusstsein für den Zweck grundlegender Strukturen, Abläufe und Regeln zu stärken. Einheitliche, gut verständliche Basisinformationen sollen die Leitfunktionen des Systems unterstützen und damit die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung fördern. Zudem soll das Wissen zur Eigenversorgung von unterschiedlichen Beschwerden gesteigert werden. Für die Professionistinnen und Professionisten im Gesundheitsbereich sollen die Belastungen und Konflikte, welche aus dem Patientinnen- und Patientenkontakt entstehen bestmöglich reduziert werden, unter anderem durch die Stärkung der Kommunikationsfähigkeit in Form von Trainings und Videos sowie auch bspw. durch einen Verhaltensknight für Patientinnen und Patienten.

Zur Rolle und Aufgabe der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Gert Lang, Fonds Gesundes Österreich

Gesundheit wird in Lebenswelten geschaffen, wobei dabei das Setting Betrieb eine zentrale Rolle einnimmt. Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) bezeichnet eine mehrere Analyse- und Gestaltungsebenen (Beschäftigte, Organisation, Arbeit) umfassende Handlungsstrategie, die darauf abzielt, Gesundheitsressourcen im Unternehmen aufzubauen. BGF als Unternehmens- bzw. Organisationsentwicklungsstrategie verfolgt dabei das Ziel, die Gesundheit am Arbeitsplatz zu stärken, das Wohlbefinden der Mitarbeiter:innen zu verbessern und Krankheiten vorzubeugen. Das Thema Gesundheitskompetenz hat hier eine große Bedeutung, weil sie eine Grundvoraussetzung für Gesundheit und Chancengerechtigkeit darstellt. Daher lohnt es sich, Gesundheitskompetenz systematisch in bestehende BGF-Strukturen, Prozesse und Methoden zu integrieren und der Frage nachzugehen, wie Betriebe auf dem Weg zu einer gesundheitskompetenten Organisation unterstützt werden können. Zur Sensibilisierung und Befähigung relevanter Akteur:innen sind kapazitätsbildende Maßnahmen unerlässlich.

Die Rolle des Case Managements

Andrea Wesenauer, Obfrau ÖGGC

Navigation im Gesundheits- und Sozialsystem ist eine fordernde – oftmals überfordernde - Aufgabe. Vor allem dort, wo komplexe Versorgungsnotwendigkeiten akut auftreten, die Problemlagen nicht mehr überschaubar sind und/oder institutionenübergreifende Zusammenarbeit nötig ist. In diesen herausfordernden Situationen kann ein professionelles Case Management dazu beitragen, ein passgenaues Leistungspaket zu schnüren. Speziell ausgebildete Case Manager:innen arbeiten dabei direkt mit Klientinnen und Klienten und/oder deren Angehörigen zusammen. Case Management hilft damit nicht nur den Betroffenen bei der Lösung komplexer Fragestellungen, sondern trägt umgekehrt dazu bei, dass die Ressourcen im Gesundheits- und Sozialwesen zielgerichtet und damit schonend eingesetzt werden. In Anbetracht der zunehmenden Spezialisierung und Differenzierung im Gesundheits- und Sozialwesen, die immer komplexere Versorgungsstrukturen nach sich ziehen, könnte Case Management in weiteren Einsatzbereichen positive Effekte für Betroffene, leistungserbringende Organisationen und letztlich auch für Finanziars bringen.

3 Themenforum 1: Schwerpunkt Navigation

3.1 Gesundheitssystemschulungen für Migrant:innen

Beitrag aus der Praxis

Autorin: Helga Kräutler / aks gesundheit GmbH

Kontakt: lucia.pernthaler@aks.or.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Das Gesundheitssystem ist kein Ort der leicht zugänglich und verständlich ist, vor allem wenn man neu in ein Land kommt. Ein besseres Verständnis und mehr Wissen über die spezifischen Herausforderungen des österreichischen Gesundheitssystems sowie der COVID-19 Situation können einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz und des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für Menschen mit nicht-deutscher Erstsprache sein.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Im Rahmen dieses Projektes wurde ein Schulungsmodul zum österreichischen Gesundheitssystem für Deutschkurse mit einem Zusatz zur COVID-19 Situation entwickelt. Die primäre Zielgruppe sind Migrantinnen und Migranten in Deutschkursen. Die indirekte Zielgruppe sind Kooperationspartner:innen von bestehenden Netzwerken, die Schulungen und Kurse für Migrantinnen und Migranten in Vorarlberg und bundesweit anbieten, sowie die Kursleiter:innen der Deutschkurse. Zur Förderung von Beteiligung wurde in einem Workshop mit der Partizipationsmethode „Dynamic Facilitation“ am Beginn des Projekts mit der Zielgruppe gearbeitet.

Ergebnisse:

Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass das Projekt zu einer Steigerung der Gesundheitskompetenz der befragten Migrantinnen und Migranten und Kursleiter:innen beitragen konnte. So gaben die Befragten an, Information besser zu finden und ihre Wortschatzerweiterung rund um das Thema Gesundheit kann dazu führen Gesundheitsinformationen besser zu verstehen und Information besser beurteilen zu können. Schließlich erhob das Projekt die Gesundheitskompetenz hinsichtlich der Kategorie „Informationen umsetzen“: Die Kursteilnehmer:innen erzählten, nun besser im Notfall zu wissen, wie sie helfen können. Die Nachhaltigkeit des Projekts besteht dadurch, dass die Kursteilnehmer:innen ihr Wissen in ihre Familien und Netzwerke trugen. Gerade der Fokus auf das Gesundheitssystem wird als großer Mehrwert von allen Befragten erkannt. Insbesondere für Personen mit Migrationshintergrund, die eventuell erst kürzlich nach Österreich gekommen sind, ist dieses – wie eine Befragte deutlich machte – eines der zentralsten und wichtigsten Themen, die behandelt werden sollten. So erwähnten beispielsweise Personen, dass sie bereits mehrere Jahre in Österreich leben und das erste Mal Informationen zum Gesundheitssystem erhalten haben, die sie auch verstehen.

Lernerfahrungen:

Ein wesentlicher förderlicher Faktor war die Partizipation der primären Zielgruppe und damit die Kenntnis der Bedarfe der Schulungsteilnehmer:innen. Das Setting der Deutschkurse war sehr geeignet, um das Thema an Migrantinnen und Migranten zu vermitteln, die Erreichbarkeit der Zielgruppe war dadurch gegeben. Für die Personengruppe der Migrantinnen und Migranten kann eine Website eine Möglichkeiten sein, sich zum Gesundheitssystem zu informieren und für Kursleiter:innen sich Dokumente für die Lehre herunterzuladen. Deutschkursleiter:innen fungieren als wichtige Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, um das niederschwellige Modul zum österreichischen Gesundheitssystem weiterzutragen.

3.2 neunerhaus Gesundheitstelefon

Beitrag aus der Praxis

Autorin: Bernadette Becsi / neunerhaus – Hilfe für obdachlose Menschen

Kontakt: bernadette.becsi@neunerhaus.at

Hintergrund und Zielsetzung:

In der COVID-19 Pandemie sind Betreuungseinrichtungen im Verdachtsfall mit herausfordernden Situationen konfrontiert. Das neunerhaus Gesundheitstelefon wurde im März 2020 ins Leben gerufen, um die Expertise des neunerhaus in der medizinischen Versorgung vulnerabler Zielgruppen einzusetzen. Es ist in Zusammenarbeit mit dem Fonds Soziales Wien und der Gesundheitsbehörde eine Anlaufstelle für Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, Flüchtlingshilfe, Behindertenhilfe und Frauenhäuser in Wien. Ziel ist es, Mitarbeiter:innen dieser Einrichtungen rasch in Fragen rund um COVID-19 zu beraten und die nötigen Schritte zur Verdachtsfallabklärungen zu veranlassen.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Das neunerhaus Gesundheitstelefon ist Montag bis Freitag von 9 bis 17 Uhr und am/an Wochenende/Feiertagen von 10 bis 14 Uhr erreichbar. Es ist durchgehend mit medizinisch ausgebildetem Fachpersonal besetzt, bei Bedarf ist Audiodolmetsch möglich. Das Team unterstützt mit zielgruppenspezifischer Information zu Fragen rund um COVID-19 und mit rascher Hilfe bei Infektionsverdacht. Nach telefonischer Abklärung werden Testungen veranlasst und bei Bedarf die Aufnahme in ein Quarantänequartier organisiert. Seit April 2021 übernimmt das neunerhaus Gesundheitstelefon im Auftrag der Gesundheitsbehörde auch epidemieärztliche Tätigkeiten.

Ergebnisse:

Aufgrund der im März 2020 gebotenen Dringlichkeit wurde ein innovatives Angebot innerhalb von acht Tagen entwickelt, das in dieser Form einzigartig in Österreich ist. Vom Angebotsstart bis zum 31.05.2022 sind beim neunerhaus Gesundheitstelefon 10.699 Anrufe eingegangen, davon 55% zur Beratung, 28% zur Verdachtsfallabklärung, 10% für telemedizinische Versorgung und 7% für Vermittlung an weitere Stellen. Anrufende schätzen die direkte Kommunikation mit dem Fachpersonal und die tägliche Erreichbarkeit, die notwendig ist, um auch am Wochenende und an Feiertagen die Qualität ihrer Betreuung aufrecht zu halten und bei Verdachtsfällen ohne Verzögerung reagieren zu können. Die ärztliche Expertise und hohe Beratungskompetenz, die gute Vernetzung zur Versorgung der Zielgruppen in der medizinischen Angebotslandschaft in Wien sowie tagesaktuelle Kenntnisse zu den behördlichen Vorgaben haben zu einer hohen Vertrauenskultur und Glaubwürdigkeit bei Mitarbeiter:innen und Mitarbeitern der Betreuungseinrichtungen geführt. Das Angebot ist entlastend für Betreuungseinrichtungen, insbesondere für nicht-medizinische Mitarbeiter:innen und bietet ihnen Sicherheit und Orientierung in der Bewältigung neuer Herausforderungen.

Lernerfahrungen:

Das Gesundheitstelefon muss sich laufend an die Dynamik der Pandemie anpassen und entlang der aktuellen Bedarfslagen weiterentwickeln, was einen ständigen Lernprozess erfordert. Es übernimmt eine wichtige Filter- und Übersetzerfunktion, indem behördliche Vorgaben aufbereitet und verständlich an Betreuungseinrichtungen weitervermittelt werden. Über die Pandemie hinaus könnte sich das Gesundheitstelefon daher zu einer wichtigen Schnittstelle und Brücke zwischen dem Sozial- und Gesundheitssystem weiterentwickeln und die medizinische Versorgung vulnerabler Personengruppen unterstützen, mit Vorbildwirkung für andere Bundesländer.

3.3. Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung: Lösungsansätze und Empfehlungen

Beitrag aus der Forschung

Autorinnen: Tanja Schwarz, Andrea E. Schmidt, Julia Bobek, Joy Ladurner / Gesundheit Österreich GmbH

Kontakt: tanja.schwarz@goeg.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Barrieren bei der Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialleistungen sind ein Schlüsselfaktor für die Entstehung gesundheitlicher Ungleichheiten. Anhand der drei Fallbeispiele (1) chronische Erkrankungen bei Kindern am Beispiel Asthma, (2) Erwachsene am Beispiel Rückenschmerz und (3) psychische Erkrankungen bei älteren Menschen (exkl. Demenz) werden Zugangsbarrieren zum österreichischen Gesundheitssystem adressiert und Maßnahmenempfehlungen abgeleitet.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Zwischen Juli und Oktober 2019 wurden semistrukturierte persönliche und telefonische Interviews mit Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleistern, Forscherinnen und Forschern, Personen mit gelebter/persönlicher Erfahrung (Patientinnen und Patienten, Patientenvertreter oder Familienangehörige) und Mitarbeiter:innen der öffentlichen Gesundheitsverwaltung geführt. Mögliche Barrieren wurden anhand eines von Levesque et al. (2013) adaptierten Modells analysiert, das vier Kategorien von Barrieren beschreibt und zwischen Patientinnen:Patienten- bzw. Anbietersicht differenziert.

Ergebnisse:

Aufbauend auf den Erkenntnissen aus den 25 Expertinnen- und Experteninterviews zeigt sich der Bedarf nach einer besseren Koordination von Gesundheits- und Sozialleistungen innerhalb des Systems und definierten Patientenpfaden, insbesondere zu Beginn der Erkrankung und bei der Diagnosefindung, aber auch während des gesamten Versorgungsprozesses. Auf der Angebotsseite wurden u. a. die häufig mangelhafte Kommunikation zwischen der Patientin/dem Patienten und der Ärztin/dem Arzt, das Fehlen eines bio-psychozialen Ansatzes, das Stadt-Land-Gefälle, die strikte Trennung zwischen dem Sozial- und Gesundheitssystem und die begrenzte Beratungszeit als Hindernisse genannt. Auf der Nachfrageseite war die Fähigkeit der Patientinnen und Patienten, den eigenen Behandlungsbedarf zu erkennen und anschließend Gesundheits- und Sozialleistungen zu suchen und in Anspruch zu nehmen, ein wichtiges Hindernis, das eng mit dem sozioökonomischen Status und der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten zusammenhängt.

Lernerfahrungen:

Strukturelle Schwächen des Gesundheitssystems und mangelnde sozioökonomische Ressourcen von Seiten der Patientinnen und Patienten einschließlich Gesundheitskompetenz wirken für sich und wechselseitig verstärkend. Besonders deutlich wird dies bei chronischen Erkrankungen und zeigt sich beispielsweise durch schlechtere gesundheitliche Outcomes. Um Wirkfaktoren und Wechselwirkungen zu kennen und zu verstehen bedarf es eines breiten Verständnisses von Barrieren.

3.4. Case Management in der Betreuung und Pflege in Vorarlberg

Beitrag aus der Praxis

Autorin: Katharina Pfefferkorn / Amt der Vorarlberger Landesregierung, Fachbereich Senioren und Pflegevorsorge

Kontakt: katharina.pfefferkorn@vorarlberg.at

Zusammenfassung:

Seit dem Start 2011 hat sich das Case Management in der Betreuung und Pflege als wertvolle Unterstützung für pflegebedürftige Personen und deren Angehörige in Vorarlberg bewährt. Das Angebot wird aus Mitteln des Bundespflegefonds finanziert und ist für die Betroffenen kostenlos.

Die Case Managerinnen und Case Manager bieten in ihrer Gemeinde bzw. Region eine qualifizierte Beratung rund um Fragen zur Betreuung und Pflege an. Mit dem Handlungsansatz des Case Managements soll zudem sichergestellt werden, dass individuell, gemeinsam und bedarfsorientiert ein Versorgungspaket erstellt und umgesetzt wird. Dadurch kann eine Unter- oder Überversorgung vermieden bzw. eine Fehlversorgung verhindert werden.

Mit Projektbeginn 2011 starteten 13 Gemeinden bzw. Regionen. Während des Projektzeitraums und seit der Überführung in den Regelbetrieb ab Mitte 2013 kamen laufend weitere Gemeinden und Regionen dazu. Mittlerweile ist in Vorarlberg flächendeckend ein regionales Case Management implementiert.

3.5. Integrierte Versorgung in Tirol: Multiprofessionelle Versorgungsnetzwerke

Beitrag aus der Praxis

Autor: Andreas Huber / Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol

Kontakt: bettina.fetz@tirol-kliniken.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Bereits seit über fünf Jahren wird in Tirol integrierte Versorgung über das Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol der tirol Kliniken organisiert. Zwischenzeitlich werden dort sechs integrierte Versorgungsprogramme (Details dazu siehe weitere Informationen unten und www.liv.tirol) umgesetzt, weitere - speziell im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit und Prävention - sind geplant. In dem Vortrag werden die bisherigen Erfahrungen geschildert und die notwendigen Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Umsetzung von integrierten Versorgungsprogrammen dargestellt. Ferner soll ein Überblick über die aktuellen Maßnahmen gegeben werden.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Das Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol wurde gemeinsam vom Land Tirol, den Sozialversicherungsträgern und dem Tiroler Gemeindeverband gegründet. Es wurde mit dem Ausbau, der Organisation und der Koordinierung der integrierten Versorgung in Tirol beauftragt. Zudem soll die Zusammenarbeit zwischen den Finanziers der Gesundheitsversorgung, als auch die Zusammenarbeit der Leistungserbringer, intramural und extramural gefördert werden. Zu diesem Zweck wurden neue Versorgungsprozesse und Versorgungsstrukturen etabliert, um hochspezialisierte Medizin und Betreuung auch in ländlichen Regionen sicherzustellen. Telemedizinische Unterstützung spielt dabei eine wesentliche Rolle.

Ergebnisse:

Es hat sich gezeigt, dass integrierte Versorgung in einem multiprofessionellen und interdisziplinären Netzwerk sehr gut funktioniert. Wesentlich ist dabei, dass die unterschiedlichen Berufsgruppen (wie Ärztinnen/Ärzte, Pfleger:innen, Therapeutinnen/Therapeuten, Berater:innen, etc.) eng im Team zusammenarbeiten. Die Versorgung erfolgt sektorenübergreifend, wobei stets die Erfordernisse der Patientinnen- und Patientenversorgung und die Bedürfnisse der Angehörigen im Zentrum stehen. Speziell bei chronischen Krankheiten wie Herzinsuffizienz oder bei der Begleitung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten ist eine kontinuierliche und regelmäßige Kontrolle des Krankheitsverlaufes erforderlich, um aus Änderungen Schlüsse ziehen und gegebenenfalls Maßnahmen setzen zu können. Ein hoher Grad an Standardisierung und Strukturierung in Form von vordefinierten Behandlungspfaden erleichtert das Zusammenwirken der Beteiligten. Dadurch wird ferner eine begleitende, ständige Evaluierung der Maßnahmen und eine dauernde Qualitätssicherung möglich. Der Prozess wird durch IT-Lösungen unterstützt, die einen laufenden Datenaustausch und eine standardisierte Informationsweitergabe im Netzwerk ermöglichen. Telemedizinische und telepflegerische Instrumente werden eingesetzt, damit die Versorgung zur Patientin/zum Patienten kommt und nicht umgekehrt, um so das Credo „digital unterstützt vor ambulant vor stationär“ umzusetzen.

Lernerfahrungen:

Zu ihrer erfolgreichen Umsetzung braucht es eine Struktur, die sich speziell um die Organisation und die Koordinierung der integrierten Versorgung kümmert. Insbesondere für den Aufbau, die Abstimmung und die Betreuung des multiprofessionellen und interdisziplinären Netzwerkes an Behandlern braucht es eine zentrale Stelle. Diese unterstützt die Gesundheitsdiensteanbieter – organisiert beispielweise regelmäßige Netzwerktreffen – und fördert den Informationsaustausch. Daneben werden die Nutzerzugänge sowie logistische Maßnahmen administriert. Die IT-Systeme sind idealerweise an bestehende Krankenhaussysteme angedockt, um die notwendige Sicherheit zu gewähren.

4 Themenforum 2: Gute Gesundheitsinformation

4.1. Das Heilkräuter-Daumenkino: Barrierefreie Infos in Gebärdensprache

Beitrag aus der Praxis

Autor/Autorinnen: Sreco Dolanc, Karin Simonitsch, Cornelia Zacek / Marien Apotheke Wien

Kontakt: zacek@marienapo.eu

Hintergrund und Zielsetzung:

In Österreich leben etwa 10.000 gehörlose Menschen, die häufig auf kommunikative Barrieren stoßen. Da nur wenige Inhalte in Gebärdensprache verfügbar sind, können sich Gehörlose kaum aktiv über Gesundheitsthemen informieren, um selbstbestimmte Entscheidungen zu fällen. Es ist für sie schwierig, gute Gesundheitskompetenz zu entwickeln. In der Marien Apotheke in Wien Mariahilf arbeitet Österreichs einziger gehörloser Apotheker. Mag. Sreco Dolanc berät gehörlose Kundinnen und Kunden in Gebärdensprache und entwickelt dafür auch neue Fachgebärden. Mit einem Daumenkino will er diese vermitteln und die Gesundheitskompetenz fördern.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Mag. Sreco Dolanc benötigt in der Beratungspraxis immer wieder Fachbegriffe, die in der Österreichischen Gebärdensprache bisher nicht existierten. Im Rahmen des GESTU-Projekts an der TU Wien hat er deshalb über 100 Gebärden, etwa für Heilpflanzen, neu entwickelt. Mit einem innovativen Daumenkino, das sechs verschiedene Gebärden vollständig in der Bewegung abbildet, können diese ÖGS-Nutzer:innen bekannt gemacht werden. Zugleich können über einen QR-Code auch Informationen zur Anwendung und Wirkung der Heilpflanzen vermittelt werden, um die Gesundheitskompetenz gehörloser Menschen zu fördern.

Ergebnisse:

Für das erste Daumenkino-Büchlein wurden sechs Heilkräuter (Eibisch, Efeu, Eukalyptus, Königskerze, Spitzwegerich und Malve) ausgewählt, die gut gegen Husten wirken. Zusätzlich enthält das Daumenkino einen QR-Code, der mit dem Smartphone abfotografiert werden kann. Der dahinterliegende Link führt zur Website der Marien Apotheke, wo die einzelnen Videos der Gebärden sowie ergänzende Informationen zur Wirkung und Anwendung der jeweiligen Heilpflanzen abgerufen werden können.

Das Daumenkino ist als Darstellungsform von Gebärden sehr gut geeignet, da es mehrere Vorteile vereint: Durch das schnelle Durchblättern kann die dreidimensionale Gebärdensprache ideal dargestellt werden, ohne Verlust von wichtigen Infos wie Mimik, Gestik oder Richtung der Gebärden. Zudem werden beim analogen Daumenkino Menschen ohne Nutzungskompetenz digitaler Endgeräte nicht ausgeschlossen und es benötigt zum Ansehen weder Strom noch Internet.

Um möglichst alle Zielgruppen zu erreichen, sind spezielle Workshops für Kinder und Vorträge in Pensionistenklubs der Gehörlosenvereine geplant, um die neuen Gebärden und die entsprechenden Informationen zu Wirkung und Anwendung zielgruppengerecht zu vermitteln.

Lernerfahrungen:

Da das Projekt zum Zeitpunkt der Einreichung noch läuft, sind die Lernerfahrungen vorerst auf die Produktion und Umsetzung begrenzt. Vergangene Versuche, die Gebärden ausschließlich über Videos im allgemeinen Sprachgebrauch zu etablieren, schlossen zwangsläufig bestimmte Zielgruppen aus. Besonders, wenn die Verbreitung der Gebärden mit ergänzenden Gesundheitsinformationen und zielgruppengerechten Veranstaltungen verknüpft wird, entsteht das Potenzial Gesundheitskompetenz zu stärken.

4.2. NHLS – ein Instrument zur Erfassung der ernährungsbezogenen Gesundheitskompetenz

Beitrag aus der Forschung

Autorinnen/Autoren: Robert Griebler¹, Denise Plasch¹, Thomas Link¹, Judith Benedics², Karin Schindler²

1) Gesundheit Österreich GmbH 2) Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Kontakt: denise.plasch@goeg.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Die ernährungsbezogene Gesundheitskompetenz ist ein wichtiger Teilaspekt der Ernährungskompetenz und Schlüsselkomponente zur Förderung und Aufrechterhaltung eines gesunden Ernährungsverhaltens. Ihr kommt in Zeiten zunehmenden Übergewichts und Adipositas eine große Bedeutung zu. Das stetig wachsende Angebot und die immer leichtere Verfügbarkeit von Informationen zum Thema gesunde Ernährung verlangen spezifische Kompetenzen, um diese Informationsangebote adäquat nutzen zu können. Um die Fähigkeiten, ernährungsrelevante Informationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden zu können, in der Bevölkerung erstmals einzuschätzen, wurde die Nutrition Health Literacy Scale (NHLS) entwickelt.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Die psychometrischen Eigenschaften des Instruments (faktorielle Validität/Dimensionalität, interne Konsistenz) werden mittels Faktorenanalysen und Cronbachs Alpha Analysen an einer repräsentativen Stichprobe überprüft, die der österreichischen Bevölkerung ab 18 Jahren entspricht. Ende 2021 wurden knapp 3.000 Personen online zu ihren Herausforderungen im Umgang mit Informationen zum Thema gesunde Ernährung befragt. Die Zusammenhänge zwischen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen und der ernährungsbezogenen Gesundheitskompetenz werden mithilfe von parametrischen und nicht-parametrischen Verfahren untersucht.

Ergebnisse:

Die NHLS setzt sich in ihrer finalen Fassung aus zwölf Selbsteinschätzungsfragen zusammen, mit jeweils drei Fragen pro Dimension (Finden, Verstehen, Beurteilen, Anwenden). Diese können zu einem Gesamt-Score sowie zu Sub-Scores für die vier genannten Dimensionen verrechnet werden. Das Instrument ist geeignet die vier Subdimensionen der ernährungsbezogenen Gesundheitskompetenz abzubilden. Die Cronbachs Alpha Koeffizienten der vier Dimensionen rangieren zwischen 0,71 und 0,87. Die Befragten erreichen in punkto ernährungsbezogener Gesundheitskompetenz im Durchschnitt 60,2 von 100 möglichen Punkten (Range: 0 bis 100), wobei die Teilnehmer:innen in der Dimension Beurteilen (50,6 Punkte) und der Dimension Anwenden (59,5 Punkte) am schlechtesten und in der Dimension Finden (68,4 Punkte) am besten abschneiden. Es zeigen sich keine nennenswerten soziodemografischen oder sozioökonomischen Unterschiede.

Lernerfahrungen:

Die Förderung der ernährungsbezogenen Gesundheitskompetenz als relevanter Teilaspekt der Ernährungskompetenz ist in Anbetracht der steigenden Inzidenz von Zivilisationskrankheiten (Adipositas, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes) eine fortwährend wichtige Public Health Aufgabe. Dafür braucht es vertrauenswürdige, leicht zugängliche, verständliche und alltagsnahe Informationen, damit Menschen möglichst leicht zu gesunden Ernährungsentscheidungen gelangen können. Darüber hinaus sollte die Bevölkerung in ihrem kritischen Umgang mit ernährungsbezogenen Gesundheitsinformationen gestärkt werden.

4.3. Choosing Wisely Österreich: Top Liste Nierenerkrankungen

Beitrag aus der Forschung

Autorinnen/Autoren: Nicole Posch¹, Karl Horvath¹, Alexander Rosenkranz², Anna Glechner³, Andrea Siebenhofer^{1,4}

1) Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung

2) Universitätsklinik für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Nephrologie, Graz

3) Donau-Universität Krems

4) Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main

Kontakt: nicole.posch@medunigraz.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Die Ärzteneinitiative Gemeinsam gut entscheiden – Choosing Wisely Austria versucht mit evidenzbasierten, verständlichen Informationen den Gefahren medizinischer Überversorgung entgegenzuwirken. Menschen, die von einer Nierenerkrankung betroffen sind, stehen vor allem in einem fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung vor wichtigen Entscheidungen. Um diese Entscheidungen zu erleichtern und ein hier notwendiges, sorgfältiges Abwägen der Vor- und Nachteile bestimmter Behandlungen mit Patientinnen und Patienten zu unterstützen, leisten die Empfehlungen der Broschüre „Die Top 6 – Nierenerkrankungen“ einen Beitrag und können damit eine gute Versorgung im medizinischen Alltag fördern.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Identifizierung verlässlicher Empfehlungen internationaler Choosing Wisely Initiativen anhand der Kriterien: systematische Literatursuche, transparenter Abstimmungsprozess, ein systematischer Review/eine evidenzbasierte Leitlinie werden als Beleg für die Empfehlung zitiert. Alternativ können Fachgesellschaften eigene Empfehlungen einbringen. Dabei gelten zur Prüfung der Verlässlichkeit weitgehend dieselben Kriterien. Aus diesem Pool an verlässlichen Empfehlungen wählen Fachgesellschaften in einem Delphi-Verfahren die wichtigsten Empfehlungen ihres Fachbereichs aus, um medizinische Überversorgung zu vermeiden. Priorisierungskriterien sind dabei: geringer Nutzen, hoher Schaden, Ressourcenbelegung und leichte Implementierung.

Ergebnisse:

Top Empfehlungen Nierenerkrankungen: 1. Eisentherapie bei Blutarmut von chronisch Nierenkranken: Die Gabe von Erythropoetin (EPO) zur Behandlung einer ausgeprägten Anämie bei chronischer Nierenerkrankung birgt Risiken. Zuerst sollte eine Therapie mit Eisen geprüft werden. 2. Leichte Anämie bei chronischer Nierenerkrankung: EPO sollte bei einer chronischen Nierenerkrankung und Anämie erst gegeben werden, wenn der Hämoglobinspiegel unter 10 g/dl im Blut liegt. 3. Kein Beginn einer Statin-Therapie bei Dialyse: Der Beginn einer Therapie mit Statinen empfiehlt sich nicht bei Dialysepflicht, denn sie bringen dann keine Vorteile in Bezug auf Herz- Kreislauf-Erkrankungen. 4. Dialyse bei fortgeschrittener chronischer Nierenerkrankung: Ein Dialyse-Start wird erst bei schweren Symptomen einer chronischen Nierenerkrankung empfohlen. 5. Erst nach gemeinsamer Abwägung mit einer regelmäßigen Dialyse beginnen: Vor Beginn einer regelmäßigen Dialyse sollte die individuelle Situation der Patientinnen und Patienten beurteilt und gemeinsam ein Versorgungsplan entwickelt werden. 6. Diabetes und Nierenversagen: Betroffene nicht von einer Nierentransplantation ausschließen. Auch Diabetiker:innen, die eine Dialyse brauchen, profitieren von einer Nierentransplantation. Ihre Überlebenschancen und die Lebensqualität können dadurch steigen.

Lernerfahrungen:

Die Informationskampagne „Gemeinsam gut entscheiden – Choosing Wisely Austria“ arbeitet gemeinsam mit österreichischen Fachgesellschaften daran, ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass mehr nicht immer besser ist. Die Informationen zu häufig eingesetzten Behandlungen bei chronischen Nierenerkrankungen sollen Patientinnen und Patienten in ihrem sorgfältigen Abwägen der Vor- und Nachteile unterstützen.

4.4. Informationsbedürfnisse der Angehörigen von Personen mit akutem Schlaganfall: Studie mit qualitativer Datentriangulation

Beitrag aus der Forschung

Autorinnen/Autoren: Brigitte Braunschmidt¹, Simone Grandy², Wolfgang Korbelt-Schindler¹, Christine Schnürer-Amstler¹

1) Wiener Gesundheitsverbund 2) FHCW, Österreich

Kontakt: brigitte.braunschmidt@gesundheitsverbund.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Ein akuter Schlaganfall reißt Betroffene und Angehörige radikal und unvorbereitet aus dem bisherigen Leben. In dieser Situation erleben Angehörige einen Informationsmangel im Gesundheitsversorgungssetting als besonders belastend. Das Ziel des abgeschlossenen Forschungsprojektes INCoPAS war es, die Informationsbedürfnisse Angehöriger von Schlaganfallbetroffenen im neurologischen Akutbereich aufzuzeigen.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Es wurde der Ansatz einer qualitativen Forschung mit Datentriangulation (Lamnek & Krell, 2010) gewählt, um die vielfältigen subjektiven und kontextabhängigen Perspektiven Angehöriger und Expertinnen/Experten zu rekonstruieren. Dabei wurden Daten von episodischen Interviews mit Angehörigen (n=7), Expertinnen- und Experteninterviews mit Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (n=4) und einer Gruppendiskussion mit Personen des Schlaganfallselbsthilfevereins Wien (n=13) nach einem Kodierverfahren der Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1990) ausgewertet.

Ergebnisse:

Die Datenanalyse identifiziert zwei Domänen, die das Informationsbedürfnis der Angehörigen betreffen: einerseits das Bedürfnis nach Information und andererseits das Bedürfnis bei der Informationsvermittlung. Angehörige erleben eine einschneidende Betroffenheit, welche das Bedürfnis nach Information im akutstationären Setting maßgeblich beeinflusst. Mündliche Informationsbedürfnisse betreffen primär organisatorische sowie krankheitsspezifische Aspekte und mögliche Unterstützung beim Genesungsprozess, sowie Informationen über den Genesungsfortschritt und die Planung des künftigen Alltags. Sieben online frei zugängliche deutschsprachige Broschüren wurden von den Befragten gesichtet, wobei die Broschüren sehr unterschiedlich bewertet wurden und es keine für alle Befragten passende Version gab. Einig waren sich die Befragten lediglich darin, dass schriftliche Information immer als Ergänzung zum mündlichen Gespräch passieren sollte. Die Einhaltung von Grundprinzipien der Informationsvermittlung durch das Gesundheitspersonal wie z.B. „Zeit und Raum geben“, „einfache Erklärungen“, „kleine Haltegriffe anbieten“, „ständig im Gespräch bleiben“, „kein falsches Bild vermitteln“ und „Bringschuld statt Holschuld“ sind in diesem Kontext von zentraler Bedeutung.

Lernerfahrungen:

Angehörige von Schlaganfallbetroffenen haben im Akutkrankenhaus konkrete Informationsbedürfnisse. Unabhängig von ihrem Niveau der Gesundheitskompetenz müssen sie viel Energie für den Erhalt von Informationen aufwenden. Zudem erleben sie das Einholen dieser Information als Holschuld, was als sehr belastend empfunden wird. Das „Informiert sein“ hat einen fundamentalen Einfluss auf den Prozess der Einordnung des Geschehens, der Wiedererlangung einer Handlungssouveränität und damit des Aufbaus einer neuen Normalität. Aufgabe der Pflege sollte daher eine adäquate und proaktive Erfüllung dieser Informationsbedürfnisse sein.

5 Themenforum 3: Empowerment und Chancengerechtigkeit

5.1. Bürger:innen u. Patient:innen Empowerment mit dem Gesundheitslotsen: PATIOSpots

Beitrag aus der Praxis

Autorinnen/Autoren: Sanja Moldovan¹, Amelie Dorn², Ekkehard Büchler³ et al.

1) Ludwig Boltzmann Institut Applied Diagnostics 2) Universität Wien 3) Selbsthilfe Prostatakrebs

Kontakt: sanja.moldovan@lbiad.lbg.ac.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Ende 2020 lebten 70.415 Männer mit Prostatakrebs (PCa) in Österreich, begleitet von einer unbekanntem Zahl an Bezugspersonen. Diese direkt und indirekt von PCa-Betroffenen tragen wertvolles Erfahrungswissen zum Alltag mit der Erkrankung mit sich. Doch die Fälle, in denen sich medizinische Expertinnen und Experten, Forschende und Betroffene ganz auf Augenhöhe treffen, sind bisher sehr selten. Die Initiative "PATIO" (Patient Involvement in Oncology) setzt hier an und ermutigt Patienten und Betroffene, sich aktiv an der Verbesserung der Lebensqualität nach der Diagnose PCa zu beteiligen.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Die erste Orientierung und Suche nach zuverlässigen sowie leicht zugänglichen Informationen ist eine der ersten Maßnahmen, die Betroffene nach der Diagnose PCa ergreifen. Was wie eine einfache Aufgabe erscheint, kann zu einer weiteren Herausforderung werden, die zu der ohnehin schon hohen psychischen Belastung beiträgt, da verschiedene Quellen über unzählige Plattformen sowohl in digitalen als auch analogen Formaten verstreut sind. Nach der Identifizierung von 14 Co-Forscher:innen wurde auf der Basis von Workshops und einer österreichweiten Umfrage eine praxisorientierte Lösung für Betroffene erarbeitet.

Ergebnisse:

Mit Hilfe dieses iterativen Prozesses im kompletten Team und unter Einbeziehung zusätzlicher Fachgruppen wurde die App "PATIOSpots" co-entwickelt. Die App mit dazugehöriger Website soll hier als Game Changer und Navigator durch das Gesundheitssystem fungieren. Diese praxisorientierte Lösung ist in Form von erweiterbaren Modulen geplant. Dabei soll ein Mehrwert für beide Seiten geschaffen werden, indem zukünftig eine Informationsplattform sowie ein Kommunikationskanal unter Betroffenen, aber auch Gesundheitsversorger:innen entwickelt wird. Betroffene müssen nach der Diagnose lernen, mit einer Vielzahl an Herausforderungen im Alltag umzugehen, eine davon ist Inkontinenz. Sie betrifft einen Großteil der Patienten nach der Behandlung. Daher fokussiert sich das erste Modul der App auf wichtige Informations- und Anlaufstellen, die für PCa-Betroffene relevant sind. Aktuell können Benutzer:innen mit "PATIOSpots" neue Orte in der Nähe des aktuellen Standorts finden, bewerten und hinzufügen. Dabei kann es sich um Toiletten handeln, aber auch um andere Spots, die die Lebensqualität verbessern können.

Lernerfahrungen:

Die Ermächtigung von Patienten bei der Behandlungsentscheidung ist eine Herausforderung, die dringend interdisziplinäres und Akteursgruppen-übergreifendes Handeln erfordert. Um das individuelle Wohlbefinden von Betroffenen nach der Diagnose PCa ermöglichen zu können, bedarf es einer ganzheitlichen Betrachtung der Situation. Die aktive Beteiligung von Betroffenen am Entwicklungsprozess von praxisorientierten Lösungen ist von großer gesamtgesellschaftlicher Bedeutung. Gemeinsam arbeitet das Team auf das Ziel hin, durch PATIO und PATIOSpots einen Beitrag zu leisten, der in Zukunft nicht mehr aus der Gesundheitsversorgung wegzudenken ist.

5.2. Frauen und Männer gut informieren

Beitrag aus der Praxis

Autorin: Ulla Sladek / Frauengesundheitszentrum Graz

Kontakt: ulla.sladek@fgz.co.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Frauen und Männer unterscheiden sich biologisch (Sex) und es gibt unterschiedliche gesellschaftliche Vorstellungen und Erwartungen, wie Frauen und Männer sind und sein sollen (Gender). Beides hat Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen und Männern. Werden relevante Unterschiede nicht berücksichtigt, führt dies zu Unter-, Über- oder Fehlversorgung von Frauen und Männern. Ziel des Vortrags ist es, ein wesentliches Thema der Guten Gesundheitsinformation – nämlich Geschlechtergerechtigkeit – vor den Vorhang zu holen und aufzuzeigen, was Auftraggeber:innen, Ersteller:innen und Verteiler:innen Guter Gesundheitsinformationen tun können.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Das Frauengesundheitszentrum recherchierte, inwieweit Sex und Gender in der medizinischen Forschung, in wissenschaftlichen Publikationen, in Leitlinien und in Gesundheitsinformationen für Verbraucher:innen berücksichtigt wird. Aktuelle Artikel und die Einschätzung von Gendermediziner:innen fließen in eine Zusammenschau ein, die mit den Anforderungen an Auftraggeber:innen, Ersteller:innen und Verteiler:innen Guter Gesundheitsinformationen verknüpft wird.

Ergebnisse:

Es gibt bereits einen großen Zuwachs an Wissen, welchen Einfluss Geschlecht etwa auf Symptome, Treffsicherheit von Untersuchungsmethoden oder Behandlungsergebnisse haben kann, dennoch werden die Faktoren Sex und Gender noch unzureichend erforscht und dargestellt (Sundari Ravindran et al., 2020). Dieses Problem besteht trotz zahlreicher Regelungen, die eine adäquate Einbeziehung von Frauen und Männern in die medizinische Forschung vorschreiben. Die Lücke im Wissen wird von der Forschung über wissenschaftliche Publikationen und Leitlinien bis zur Patientinnen- und Patienteninformation weitergetragen: Bekannte deutsche Ersteller:innen evidenzbasierter Gesundheitsinformation verpflichten sich in ihren Methodenpapieren zwar dazu, bedeutsame Unterschiede zwischen Frauen und Männern zu beschreiben, allerdings schränken sie ein: „Sofern in der identifizierten Literatur bedeutsame Unterschiede beschrieben werden, sollen diese bei der Erstellung einer Information berücksichtigt werden.“ (Gute Praxis Gesundheitsinformation). Die Gute Gesundheitsinformation Österreich geht einen Schritt weiter und fordert, dass aktiv nach geschlechtsspezifischen Daten gesucht und darauf hingewiesen werden soll, falls „die Evidenz für das jeweilige Geschlecht fraglich ist“ (Gute Gesundheitsinformation Österreich).

Lernerfahrungen:

Voraussetzung für adäquate Gesundheitsinformationen für Frauen und Männer ist, dass der Faktor Geschlecht in allen Phasen des Forschungsprozesses berücksichtigt wird, dass Daten geschlechterspezifisch ausgewertet und Ergebnisse berichtet werden und diese in Leitlinien und Gesundheitsinformationen für Verbraucher:innen Eingang finden. Auch Herausgeber:innen, Ersteller:innen und Verteiler:innen von Guter Gesundheitsinformation können proaktiv werden: Sie können nach geschlechterspezifischen Daten suchen (bzw. dies vorschreiben), auf bestehende Lücken hinweisen und Unsicherheiten, die sich daraus ergeben, transparent machen.

5.3. Patient:innenempowerment durch innovative Schulung am Beispiel HerzMobil Tirol

Beitrag aus der Praxis

Autorin: Bettina Fetz / Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol

Kontakt: bettina.fetz@tirol-kliniken.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Das Wissen über und der Umgang mit einer chronischen Erkrankung nimmt entscheidenden Einfluss auf die Lebensqualität für Betroffene und deren Angehörige. Geschulte Patientinnen und Patienten sind selbstbestimmte und adhärente Partner:innen in der Behandlung einer chronischen Erkrankung. Zudem können Krankenhauswiederaufnahmen gesenkt und die Mortalität reduziert werden. Die Stärkung des Self-Empowerments ist das erklärte Ziel des DMP's HerzMobil Tirol.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Im Versorgungsprogramm HerzMobil Tirol werden Patientinnen und Patienten mit drohender bzw. nach kardialer Dekompensation sowohl aus dem stationären als auch aus dem niedergelassenen Bereich aufgenommen. Dieses umfasst die (tele)medizinische und (tele)pflegerische Betreuung der Patientinnen und Patienten mit folgenden Schwerpunkten: Schulung, Monitoring, frühzeitiges Erkennen einer Verschlechterung, Bewegung und Entschärfen von Schnittstellen. Zentrales Element des DMP's ist die individuelle Patientinnen- und Patientenschulung (evtl. mit Angehörigen) zu folgenden Themen: Diagnose, Symptome, Prognose, Vitalparameter und deren Interpretation, Ernährung, Bewegung, Medikamente, Urlaub und Reisen, Infektanfälligkeit, Immunisierung, Sexualität und Gedanken zum Lebensende.

Ergebnisse:

Eine retrospektive Untersuchung von 250 HerzMobil Tirol-betreuten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu 250 „usual care“-betreuten Patientinnen und Patienten zeigte einen deutlichen Vorteil für die im DMP betreuten Patientinnen und Patienten. Diese hatten eine 37%ige geringere Wahrscheinlichkeit für eine Krankenhauswiederaufnahme und eine 55%ige geringere 1-Jahres-Mortalität. In einer weiteren Untersuchung wurde gezeigt, dass individuelle Patientinnen- und Patientenschulungen im Rahmen von HerzMobil Tirol auch nachhaltig wirken. Anfangs vermittelte Schulungsinhalte wurden sowohl nach sechs Monaten als auch nach einem Jahr nahezu konsequent umgesetzt. In einem gemeinsamen Projekt mit der BVAEB wurden Patientinnen und Patienten mit Bluthochdruck drei bis sechs Monate lang betreut – auch diese (evaluierten) Ergebnisse sind sehr vielversprechend, sodass dieses Projekt jetzt in einer weiteren Phase fortgesetzt wird.

Lernerfahrungen:

„One size fits all“ gibt es nicht. Jede:r chronisch kranke Patient:in hat andere Bedürfnisse, Ressourcen, Ziele usw. Dies stellt das betreuende interdisziplinäre und multiprofessionelle Team vor große Herausforderungen. Nicht für alle chronisch kranken Patient:innen eignet sich die Teilnahme am DMP HerzMobil, was unterschiedliche Gründe haben kann. Für all jene wird eine Schulung zum Thema Herzinsuffizienz angeboten – mit dem Wissen, dass die Stärkung des Self-Empowerments für alle Betroffenen eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität und mehr Sicherheit im Umgang mit einer chronischen Erkrankung bietet.

5.4. In kürzerer Zeit zur Diagnose bei chronischen Wunden? Ein Werkstattbericht

Beitrag aus der Forschung

Autorinnen/Autor: Marie Niederleithinger, Deborah Drgac, Cornelia Schneider, Raffael Himmelsbach / Ludwig Boltzmann Forschungsgruppe Alterung und Wundheilung

Kontakt: marie.niederleithinger@trauma.lbg.ac.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Chronische Wunden treten meistens als Konsequenzen bestimmter Gefäßerkrankungen oder Diabetes mellitus auf und ziehen schwerwiegende Einbußen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach sich. In Zukunft werden zunehmend Menschen betroffen sein, da die Prävalenz mit einer alternden Bevölkerung sowie der Zunahme an Stoffwechselstörungen assoziiert ist. Aktuell treten Patientinnen und Patienten oft mit großer Verzögerung in eine Behandlung ein und werden dann mitunter über einen langen Zeitraum fehlversorgt. Die Zeit bis zu der unabdingbaren Ursachendiagnose soll mit Hilfe co-kreativer Methoden halbiert werden.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Den Rahmen bildet ein Design-Thinking-Ansatz. Dieser besteht aus iterativen Schritten zwischen Problemdefinition und Lösungsfindung. Es wurde ein Übersichtbericht zur Wundversorgung in Österreich verfasst sowie die Problemstellungen von chronischen Wund-Patientinnen und Wund-Patienten und ihren Angehörigen mit Hilfe qualitativer Interviews und einer Fokusgruppe untersucht. In einem Workshop versetzten sich Gesundheitsexpertinnen und Gesundheitsexperten in diese Problemsphäre hinein, um Lösungsansätze dafür zu entwickeln, wie der Übergangsbereich von der gesundheitlichen Selbstversorgung zur medizinischen Primär- und Sekundärversorgung für Wund-Patientinnen und Wund-Patienten effektiver gestaltet werden kann. Auf dieser Basis werden nun Instrumente weiterentwickelt.

Ergebnisse:

Da chronische oft mit verletzungsbedingten Wunden gleichgesetzt werden, wird die Dringlichkeit eines Arztbesuchs unterschätzt. Innerhalb der medizinischen Versorgung ist die Expertise zur Ursachen- sowie lokalen Wundbehandlung über mehrere Spezialisierungen verteilt. Zudem spielt die Pflege eine tragende Rolle. Hausärztinnen und Hausärzte sind häufig überfordert. Oft ist unklar, wohin die Patientinnen und Patienten überwiesen werden sollten, die Koordination scheitert und eine Fehlversorgung resultiert. In der langwierigen Behandlung können hohe Selbstbehalte anfallen und das Vertrauen in Versorger:innen verloren gehen. Patientinnen und Patienten und Angehörige erleben, dass sie wenig Gehör und Mitsprachemöglichkeiten bekommen. Erschwerend kommen soziale und psychische Auswirkungen hinzu: Patientinnen und Patienten erleben Stigma und finden Bezugspersonen mitunter lediglich innerhalb der Familie oder in Behandler:innen. Im Design-Thinking-Workshop erarbeiteten die Teilnehmer:innen Vorschläge auf drei Ebenen. Erstens derer einer Kommunikationskampagne, die Kontexte der Nachkriegsgeneration adressiert, welche aktuell am häufigsten von chronischen Wunden betroffen ist. Zweitens könnte ein Werkzeug das Einschätzen der Situation und das Finden adäquater Anlaufstellen erleichtern. Drittens sollen Falldaten systematisch erfasst werden können, um Versorgungspfade in Österreich zu optimieren.

Lernerfahrungen:

Es gibt in Österreich keine Patientengruppen für chronische Wunden. Das Interesse an Peer-Austausch und eine Bereitschaft, Erfahrungen zu teilen, scheinen jedoch zu bestehen. Während die durchschnittlich betroffene Person 70 Jahre alt ist, gibt es auch deutlich jüngere Betroffene, welche etwa durch eine Berufstätigkeit andere Lebensumstände haben. Außerdem stellt die Palliativversorgung einen eigenen Kontext für Wundversorgung dar. Ein Mobilisieren der Gruppe scheint auch dahingehend lohnenswert, um mehr über die Vielfalt der Therapieziele zu erfahren, die für die Patientinnen und Patienten bedeutend sind.

6 Themenforum 4: Über Gesundheitskompetenz lernen

6.1. Gesundheitskompetenz im Arbeitsumfeld der Mitarbeiter:innen der ÖGK

Beitrag aus der Forschung

Autorin: Verena Koslitsch-Nageler / Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)

Kontakt: verena.koslitsch-nageler@oegk.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Das Konzept der gesundheitskompetenten Organisation soll dabei helfen mit externen Herausforderungen, die individuelle Gesundheit betreffen, besser umgehen zu lernen (Charoghchian Khorasani et al., 2020). Organisationen können einen Beitrag leisten, um es den Menschen innerhalb ihrer Strukturen zu erleichtern Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und anzuwenden (ÖPGK, 2019). Das Wissen und die Mitwirksamkeit der einzelnen Mitarbeiter:innen ist für die Verbesserung der Gesundheitskompetenz in der eigenen Institution wesentlich (Pelikan, Ganahl, & Röthlin, 2013).

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Die Erhebung der organisationalen Gesundheitskompetenz der ÖGK, aus Sicht der Mitarbeiter:innen im Kundenservice mit Versichertenkontakt, wurde mittels selbstadministrierter Online-Fragebogen durchgeführt. Bei der Datenerhebung erfolgte eine Totalerhebung. Ziel der Querschnittserhebung war es erstmalig Daten über die Einschätzung der Konstrukte Beurteilung, Wahrnehmung, Umsetzung und das eigene Rollenbild, in Bezug auf die organisationale Gesundheitskompetenz, zu generieren. Die Einschätzung bezieht sich beim Konstrukt Beurteilung auf die ÖGK als gesamte Institution und bei den Konstrukten Wahrnehmung, Umsetzung und das eigene Rollenbild auf den eigenen Fachbereich.

Ergebnisse:

Die Ergebnisse zeigen, dass die Mitarbeiter:innen die Umsetzung von Maßnahmen der organisationalen Gesundheitskompetenz sowohl in der ÖGK als Institution (44,6%), als auch die eigene aktive Umsetzung (54%) sowie die Wahrnehmung der Maßnahmen im eigenen Fachbereich (54%) mit einem hohen Ausmaß bewerten. Nennenswert ist vor allem die hohe Bewertung des eingeschätzten Nutzens der eigenen Rolle im Kontext der organisationalen Gesundheitskompetenz (77,2%). Bei der Analyse bestimmter Faktoren, die sich auf die Umsetzung der organisationalen Gesundheitskompetenz durch die Mitarbeiter:innen auswirken können, konnte gezeigt werden, dass die Schulungsmaßnahmen zu organisationaler Gesundheitskompetenz einen positiven Einfluss auf die Umsetzung der Maßnahmen haben. Regionale Unterschiede konnten nicht nachgewiesen werden. Die Umsetzung der Maßnahmen sehen die Mitarbeiter:innen vor allem in den Bereichen des Einsatzes leicht verständlicher Informationsmaterialien, guter Gesprächsqualität und Orientierungshilfen in einem hohen Ausmaß erfüllt. Mit geringerem Ausmaß werden die Bereiche der aktiven Einbeziehung der Versicherten sowie der eigenen Qualifikation durch Schulungen zum Thema Gesundheitskompetenz bewertet.

Lernerfahrungen:

Die Ergebnisse zeigen, dass die Sicht der Mitarbeiter:innen auf die organisationale Gesundheitskompetenz in der ÖGK eine positive ist. Das eigene Rollenbild der Mitarbeiter:innen wird bei der Unterstützung der Versicherten im organisationalen Kontext sehr positiv wahrgenommen. Die Mitarbeiter:innen sind demnach bereits sensibilisiert und können durch weitere Unterstützung ihr Tun optimieren. Trotz dieser Ergebnisse können Maßnahmen noch optimiert werden, um den langfristigen Erfolg als Teil der gesundheitskompetenten Sozialversicherung weiter auszubauen. Dabei sollten vor allem gezielte Schulungsmaßnahmen der Mitarbeiter:innen zu Gesundheitskompetenz angeboten werden.

6.2. Gesundheitskompetenz-Schulungsangebot für Mitarbeiter:innen der ÖGK

Beitrag aus der Praxis

Autorin: Bettina Klausberger / Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)

Kontakt: bettina.klausberger@oegk.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Gesundheitskompetenz wird maßgeblich durch die Anforderungen der Umgebung beeinflusst. So spielt zum Beispiel die Komplexität des Gesundheitssystems eine wesentliche Rolle. Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz betreffen daher auch die Mitarbeiter:innen der ÖGK. Eine wissenschaftliche Erhebung der organisationalen Gesundheitskompetenz der ÖGK, aus Sicht der Mitarbeiter:innen im Kundenservice mit Versichertenkontakt, konnte zeigen, dass Schulungsmaßnahmen einen positiven Einfluss auf die Umsetzung der Maßnahmen organisationaler Gesundheitskompetenz haben. Unterstützt dadurch, wurde ein Schulungsangebot für Beschäftigte mit Kundenkontakt entwickelt.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Mitarbeitende der ÖGK, bevorzugt jene mit Kundenkontakt, sollen im Rahmen eines zweistufigen Schulungsangebotes sensibilisiert werden, gesundheitskompetenter im Arbeitsalltag, im Kontakt mit Kundinnen und Kunden und im Umgang mit Gesundheitsinformationen zu werden. In einer Kombination aus Webinar und einem E-Learning Modul werden Grundlagen von Gesundheitskompetenz vermittelt. Das maximal halbstündige Webinar beinhaltet Lerninhalte, kurze Filme und ein Quiz. Von dem Angebot sollen die Mitarbeiter:innen und die Kundinnen und Kunden der ÖGK profitieren. Pilotiert wurde das Schulungsangebot in der Kundenservicestelle Amstetten.

Ergebnisse:

Die GK-Schulungen wurden im Dezember 2021 erstmals in der ÖGK, in der Kundenservicestelle Amstetten, eingeführt. Die Pilotierung erfolgte anschließend an sieben Terminen, wobei 23 Mitarbeiter:innen geschult wurden. 21 davon nahmen an der Evaluierung teil. Die Einführungsphase ergab, dass die Mitarbeiter:innen die Schulung als sehr wertvoll betrachten. Die Methode wurde dabei als hilfreich angesehen. Die verwendeten Methoden konnten eine Sensibilisierung der geschulten Belegschaft erreichen. Die befragten Mitarbeiter:innen gaben überwiegend an, dass die Schulung einen Wissensgewinn zum Thema Gesundheitskompetenz bewirkte und ihnen die Bedeutung für das eigene Arbeitsumfeld stärker bewusst wurde.

Lernerfahrungen:

Bei der Entwicklung von Maßnahmen zur Schulung von Mitarbeiter:innen muss auf die begrenzten zeitlichen Ressourcen Rücksicht genommen werden. Die Förderung der Gesundheitskompetenz ist nur eines von vielen Themen im Arbeitsalltag. Die Kombination aus kurzem Impulsvortrag und Vertiefung der Inhalte durch asynchrone E-Learning Tools hat sich aufgrund der sehr zeitsparenden und abwechslungsreichen Ausgestaltung als sehr positiv erwiesen.

6.3. Gesundheitskompetenz und Kommunikation in der Ausbildung von Gesundheitsberufen

Beitrag aus der Forschung

Autorinnen: Verena Knoll, Laryn McLernon / MCI Innsbruck

Kontakt: verena.knoll27@gmail.com

Hintergrund und Zielsetzung:

HLS19-EU zeigt, dass unzureichende Kommunikationsqualität und Gesundheitskompetenz nach wie vor ein Problem im österreichischen Gesundheitssystem darstellen. Dies beeinflusst Behandlungserfolge sowie Partizipation der Patientinnen und Patienten. Auf internationaler Ebene haben sich Kommunikations- und Gesundheitskompetenztrainings entwickelt. Trainings beinhalten eigenständige Kurse, die die Kompetenz von Studentinnen und Studenten stärken. Interventionen zeigen vielversprechende Ergebnisse. In Österreich wurde bisher kein landesweites Training an Universitäten eingeführt. Daher ist das Ziel dieser Studie, den Status quo in der Ausbildung von Gesundheitskompetenz, Kommunikation sowie interprofessionellen - und interkulturellen Kompetenzen an österreichischen Universitäten zu ermitteln.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Triangulation wurde für das Forschungsdesign verwendet. Zunächst wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, um nationale und internationale Interventionen zu identifizieren. Zudem wurden mittels einer Dokumentenanalyse und einer Online-Befragung Umsetzungsstrategien und -ansätze analysiert. Dokumente von allen österreichischen Medizin-, (Bachelor-)Pflege- und Pharmaziestudien wurden in die Analyse einbezogen. Zielgruppe der Online-Befragung waren Lehrende der Kommunikation oder ähnlicher Kurse an österreichischen Universitäten. Beide Methoden wurden deduktiv durch eine Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Außerdem wurde ein Interview mit einer führenden Expertin in der österreichischen Gesundheitskommunikation durchgeführt.

Ergebnisse:

Die Ergebnisse zeigten, dass in Österreich großer Handlungsbedarf besonders in den Bereichen Gesundheitskompetenz und interprofessionelle - und interkulturelle Kompetenzbildung besteht. Kommunikationstraining wurde im Großteil der Studiengänge, besonders in Medizin- und Pflegestudien, bereits implementiert. Im Gegensatz dazu wurde Gesundheitskompetenz in fast allen Studiengängen nur wenig berücksichtigt. Häufiger wurden auch interprofessionelles und interkulturelles Kompetenztraining in Studienpläne integriert, jedoch nur auf minimale Weise. Besonders zu betonen sind Pharmaziestudienprogramme, von denen drei Viertel der Studiengänge in Österreich kein Kommunikations- oder Gesundheitskompetenztraining im Studienplan integriert haben. Den Ergebnissen zufolge hatten bisherige österreichische Initiativen wie die Gesundheitsziele keinen wesentlichen Einfluss auf die Implementierung von Trainings.

Lernerfahrungen:

Während der Implementierungsprozess von Universitätskursen viel Zeit erfordert, lassen die Ergebnisse darauf schließen, dass ein Bewusstsein über die Bedeutung der Konzepte in Österreich noch fehlt. Vor allem in der Ausbildung von Pharmazeutinnen und Pharmazeuten besteht großer Handlungsbedarf. Basierend auf den Studienergebnissen ist eine longitudinale Implementierung der Kompetenzen in die Ausbildung von Angehörigen der Gesundheitsberufe zu empfehlen. Dadurch können Kommunikationsqualität und Gesundheitskompetenz langfristig verbessert werden.

6.4. Kommunikationsskills in der telemedizinischen Betreuung von Patient:innen

Beitrag aus der Praxis

Autorin/Autoren: Christian Vajda, Gernot Lecaks, Herta Tritthart, Christian Fazekas /
Medizinische Universität Graz

Kontakt: christian.vajda@medunigraz.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Die Corona-Pandemie hat die Etablierung von videobasierten Beratungen und Gesprächen im Gesundheitswesen beschleunigt und zu neuen Chancen wie auch Herausforderungen geführt. Im Rahmen des interuniversitären und vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung co-finanzierten Projektes „Digital Skills, Knowledge und Communication (DSKC)“ im Medizinstudium erfolgte hierzu an der Medizinischen Universität Graz eine Schwerpunktsetzung „Digitalisierung in der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten“.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Es wurde eine dreiteilige Lehrveranstaltung mit den Schwerpunkten theoretische Wissensvermittlung (Grundlagen der Kommunikation, Herausforderungen der Kommunikation in einem digitalen Setting, Kommunikationsskills) sowie praktische Übungen zur Stärkung und Schärfung der kommunikativen Fertigkeiten (Verwendung von Rollenspiel sowie Schauspielpatient:innen) neu etabliert.

Modul 1: Refresher grundlegende Kommunikation im ärztlichen Rahmen inkl. Rollenspiel der Teilnehmenden (beiderlei Rollen: Ärztin/Arzt, Patientin/Patient)

Modul 2: Spezielle Herausforderungen ärztlicher Kommunikation in der Videoberatung/-anamneseerhebung inkl. Rollenspiel der Teilnehmenden über Videokonferenztool

Modul 3: Übung der gelernten Inhalte mittels Anamneseerhebung mit Schauspielpatientinnen und -patienten

Ergebnisse:

Im Rahmen der Lehrveranstaltung wurden folgende didaktische Methoden verwendet:

- Rollenspiele (in den ersten beiden Modulen Einnahme beider Rollen durch die Studierenden, in der letzten Einheit Arbeit mit Schauspielpatientinnen und -patienten)
- Collective-Notebook (in einem kollaborativem Whiteboard)
- Videofeeds
- Vorträge
- Gruppendiskussionen, Feedbackrunden

Die einzelne Moduldauer betrug ca. vier bis fünf Stunden. Im ersten Durchgang im Sommersemester 2022 (Zeitraum Mai bis Juli) nahmen acht Studierende an diesem freien Wahlfach teil. Begleitend wurde eine Lehrforschung durchgeführt. Diese umfasst folgende Aspekte: subjektive Selbsteinschätzung zu kommunikativen (digitalen) Fertigkeiten, validierte Instrumente (Empathie, Einstellung zur ärztlichen Kommunikation), subjektiver Einschätzungsvergleich nach den Gesprächssimulationen (Ärztinnen-/Arzt- und Patientinnen-/Patienten-Sicht) sowie eine Lehrveranstaltungsevaluation. Die Erhebung findet zu drei Zeitpunkten statt (Beginn des Wahlfaches, Ende des Wahlfaches sowie drei Monate nach Ende des Wahlfaches), wobei der letzte Erhebungszeitpunkt aktuell noch ausständig ist. Eine Kontrollgruppe aus zehn Studierenden, welche kein Teil der Lehrveranstaltung war, wurde ebenfalls implementiert. Die Auswertung der ersten zwei Zeitpunkte erfolgt aktuell.

Lernerfahrungen:

Das Wahlfach wurde von den beteiligten Medizinstudierenden positiv aufgenommen. Die Perspektiveneinnahme von beiderlei Rollen (Ärztin/Arzt, Patientin/Patient), insbesondere im digitalen Rahmen, zeigte den Studierenden Herausforderungen auf bzw. schärfte eine kritische Betrachtungsweise der Chancen wie auch Limitationen eines videobasierten Angebotes.

Insbesondere ist dieses nicht als Ersatz für klassische Gesprächssituationen zu sehen, sondern als spezielle Beratungsform mit klaren Indikationen, Kontraindikationen sowie speziellen organisatorischen, technischen und rechtlichen Herausforderungen. Eine Weiterführung des Wahlfaches ist fixiert, mittelfristig sollen die Lehrinhalte auch in die Pflichtlehre übernommen werden.

6.5. Die Gesundheitskompetenz von Kindern messen – ein neues Instrument

Beitrag aus der Forschung

Autorinnen/Autoren: Sandra Ecker¹, Eva Leuprecht¹, Denise Plasch¹, Claudia Zoller², Raffael Heiss², Friederike Sahling², Robert Griebler¹

1) Gesundheit Österreich GmbH 2) MCI - Center for Social & Health Innovation

Kontakt: denise.plasch@goeg.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Obwohl der Gesundheitskompetenz (GK) von Kindern eine große Bedeutung zukommt, gibt es bislang nur wenige Daten dazu. Die bisherigen Instrumente wurden vorrangig für Jugendliche konzipiert und sind für den Einsatz bei jüngeren Kindern nicht ideal. Aus diesem Grund wurde aufbauend auf dem Gesundheitskompetenzverständnis von Sørensen et al. (2012) ein Fragebogen zur Messung der GK bei 9- bis 13-Jährigen entwickelt, der sowohl subjektive als auch „objektive“ (performanceorientierte) Aspekte der GK erfasst und auf die Themen Ernährung, Bewegung und psychosoziale Gesundheit fokussiert.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Der Fragebogen erfasst die GK der Kinder anhand selbstberichteter Schwierigkeiten bei GK-Aufgaben in den genannten Bereichen (subjektive GK), anhand vordefinierter Aufgabenstellungen in Quizform (objektive GK) und mit Lese- und Rechenaufgaben (funktionale GK). Die Inhalte des Fragebogens wurden mit Fachexpertinnen entwickelt, in Bezug auf Umfang und Verständlichkeit von Lehrkräften beurteilt und qualitativ mit Kindern getestet. Auf Basis der Pretestergebnisse wurde der Fragebogen noch einmal überarbeitet. Nun werden die psychometrischen Eigenschaften der einzelnen Fragebatterien an einer repräsentativen Stichprobe von 808 Schüler:innen getestet.

Ergebnisse:

Da die Datenerhebung erst Anfang Juli abgeschlossen wurde, ist es uns noch nicht möglich hier bereits Ergebnisse anzuführen, wir können nur auf die Art der Ergebnisse verweisen, die dann präsentiert werden. Im Vortrag werden die Ergebnisse explorativer und konfirmatorischer Faktorenanalysen sowie Ergebnisse zur internen Konsistenz der entwickelten Skalen präsentiert. Ebenso werden Zusammenhänge zwischen den einzelnen GK-Bereichen (Ernährung, Bewegung und psychosoziale Gesundheit) und dazu passender Zielgrößen (Ernährungs- bzw. Bewegungsverhalten bzw. psychosoziales Wohlbefinden) untersucht.

Lernerfahrungen:

Es wird sich zeigen wie gut die neu entwickelten GK-Skalen geeignet sind, in den genannten Bereichen (Ernährung, Bewegung und psychosoziale Gesundheit) die GK von 9- bis 13-Jährigen zu erheben. Darüber hinaus werden erstmal Ergebnisse vorgelegt, wie sich die subjektiv und „objektiv“ gemessene GK der Kinder zueinander verhält und ob die GK bereits im Kindesalter mit entsprechenden Zielgrößen positiv assoziiert ist.

6.6. Wie gesundheitskompetent sind 9- bis 13-jährige Kinder in Tirol?

Beitrag aus der Forschung

Autorinnen/Autoren: Eva Leuprecht¹, Sandra Ecker¹, Denise Plasch¹, Claudia Zoller², Raffael Heiss², Friederike Sahling², Robert Griebler¹

1) Gesundheit Österreich GmbH 2) MCI – Center for Social & Health Innovation

Kontakt: denise.plasch@goeg.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Gesundheitskompetenz (GK) ist eine relevante Gesundheitsdeterminante. Die Steigerung der GK ermöglicht positive Entwicklungen in punkto Gesundheit und Wohlbefinden und trägt zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten bei. Daher gilt es, möglichst früh die GK von Kindern zu unterstützen. Um konkret zu wissen, in welchen Bereichen die GK von Kindern gefördert werden soll, benötigt es solide Datengrundlagen. Diese fehlen jedoch noch. Die vorliegende Studie präsentiert Ergebnisse zur GK von Kindern in den Bereichen Ernährung, Bewegung und psychosoziale Gesundheit sowie zur funktionalen GK.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Zwischen Mai und Anfang Juli 2022 wurden 808 Kinder zwischen neun und 13 Jahren aus 34 Schulen in Tirol befragt. Auf Basis neu entwickelter Befragungsinstrumente wurde die selbsteingeschätzte und „objektive“ (performanceorientierte) GK in den Bereichen Ernährung, Bewegung und psychosoziale Gesundheit sowie die funktionale GK der Schüler:innen erfasst. Die einzelnen GK-Bereiche und -Aspekte werden mithilfe von summativen Scores zusammengefasst und miteinander verglichen. Zusammenhänge mit soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen werden mithilfe von parametrischen und nicht-parametrischen Verfahren untersucht.

Ergebnisse:

Da die Datenerhebung erst Anfang Juli abgeschlossen wurde, ist es uns noch nicht möglich hier bereits Ergebnisse anzuführen, wir können nur auf die Art der Ergebnisse verweisen, die dann präsentiert werden. Es wird gezeigt, wie die selbsteingeschätzte und „objektive“ GK von 9- bis 13-jährigen Schüler:innen in Tirol in den drei genannten GK-Bereichen verteilt ist, wie sich die funktionale GK darstellt und ob es im Bereich der erfassten GK-Bereiche und -Aspekte Unterschiede in Hinblick auf Geschlecht, Alter/Schulstufe, Schultyp und finanzieller Situation der Familie gibt.

Lernerfahrungen:

Die Ergebnisse werden verdeutlichen, in welchen Bereichen ein stärkerer Fokus auf die Förderung der Gesundheitskompetenz bei Kindern gelegt werden sollte und welche Aspekte sinnvoll im Schulsetting aufgegriffen und adressiert werden können. Außerdem wird es Hinweise geben, zu welchen Bereichen leicht zugängliche, verständliche und didaktisch gut aufgearbeitete Gesundheitsinformationen notwendig sind. Diesbezüglich gilt es die zentrale Rolle digitaler Informationen und sozialer Medien mitzudenken. Darüber hinaus ist es wichtig, die Zielgruppen bei der Entwicklung von Informationsangeboten einzubinden, um Nutzerfreundlichkeit zu gewährleisten.

7 Themenforum 5: Schwerpunkt Navigation

7.1. Ist das noch normal? Mental Health Literacy im Projekt Durchblicker*in

Beitrag aus der Praxis

Autorinnen/Autor: Hilde Wolf¹, Eva Trettler¹, Gabi Gundacker², Paul Brugger³

1) Frauengesundheitszentrum FEM Süd 2) Frauengesundheitszentrum FEM 3) Männergesundheitszentrum MEN

Kontakt: hilde.wolf@extern.gesundheitsverbund.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Mit dem Projekt „DURCHBLICKer*in“ stellen sich die Frauengesundheitszentren FEM und FEM Süd sowie das Männergesundheitszentrum MEN der Aufgabe, einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in Wien zu leisten. Besonders Angehörige benachteiligter und bildungsferner Bevölkerungsgruppen sind von geringer Gesundheitskompetenz betroffen. Zielsetzung des Projekts DURCHBLICKer*in ist die Stärkung der Gesundheitskompetenz von arbeitssuchenden und arbeitsmarktfernen Frauen und Männern im Rahmen von Qualifizierungsmaßnahmen. Settings sind Einrichtungen der Erwachsenenbildung. Das Projekt wird vom Wiener Landgesundheitsförderungsfonds finanziert und läuft von 2020 bis 2022.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Im Projekt werden Aktivitäten auf drei Ebenen umgesetzt: Kurse zur Stärkung der Gesundheitskompetenz für Frauen und Männer werden direkt in Qualifizierungsmaßnahmen zur Erwachsenenbildung bzw. zur Integration in den Arbeitsmarkt eingebettet - mit folgenden Inhalten: „Orientierung im Gesundheitssystem“, „Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten“, „Gute Gesundheitsinformation“ und „Psychische Gesundheitskompetenz“. Ergänzend dazu finden Schulungsmaßnahmen für Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe statt, um diese für Gesundheitskompetenz zu sensibilisieren. Zweimal jährlich werden Expertinnen und Experten zum „Wiener Forum Gesundheitskompetenz“ eingeladen, um ihre aktuellen Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen zu präsentieren.

Ergebnisse:

In den ersten zwei Projektjahren konnten mit den Kursen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz 302 Personen erreicht werden (157 Frauen und 145 Männer). Diese fanden bei verschiedenen Trägern in ganz Wien statt. An den ergänzenden Schulungen für Professionistinnen und Pensionisten nahmen 249 Personen aus Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sowie der Erwachsenenbildung teil. Das „Wiener Forum Gesundheitskompetenz“ setzte vier virtuelle Veranstaltungen um, dabei wurden aktuelle Themen wie die Pandemie oder die Digitalisierung aufgegriffen. In Summe konnten über 700 Personen erreicht werden. Das Projekt wird von queraum – kultur – und sozialforschung extern evaluiert. Bei den Kursen kommt der HLS-EU-Fragebogen (Kurzversion) zum Einsatz. Dabei zeigen sich deutliche Verbesserungen im Vorher-Nachher-Vergleich bei den Teilnehmer:innen. Mental Health Literacy war ein zentrales Thema in den Kursen und konnte gut transportiert werden. Auf die Frage „Wie leicht ist es für Sie, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?“ gab es nach den Workshops eine deutliche Steigerung (von 59,6% auf 70,2% Antworten in den Kategorien ‚einfach‘ und ‚sehr einfach‘).

Lernerfahrungen:

Mit dem Ansatz der aufsuchenden Arbeit gelingt es, die Zielgruppen zu erreichen: 20% der Teilnehmer:innen hatten keinen Schulabschluss, 16% nur einen VS-Abschluss, 32% haben eine Pflichtschule besucht und 16% eine Mittelschule oder eine Lehrausbildung. 42% lebten von Arbeitslosengeld, Notstandshilfe oder anderen Dauerleistungen. 87,5% der Teilnehmer:innen sind zugewandert. Bei den partizipativ umgesetzten Kursen hat sich während der Pandemie der Schwerpunkt in Richtung „Mental Health Literacy“ verlagert, Erfahrungen werden berichtet. Die Entwicklung weiterführender Angebote wäre wichtig.

7.2. Patientenempowerment mittels Patienten Journey im LKH Feldkirch

Beitrag aus der Praxis

Autor: Stefan Daxberger / K-Businesscom, Österreich

Kontakt: stefan.daxberger@k-business.com

Hintergrund und Zielsetzung:

Rund 4.500 Mitarbeiter:innen sind in der Vorarlberger Krankenhausgesellschaft für 450.000 Patientinnen und Patienten tätig. Für mehr Patientinnen- und Patientenwohl, Effizienz und Komfort hatte man im Landeskrankenhaus Feldkirch dafür eine Reihe von Umbaumaßnahmen durchgeführt. So wurden z. B. mehrere Counter für die Patientinnen- und Patienten-Aufnahme an einem Ort zusammengeführt. Man wollte von vornherein vermeiden, dass es dadurch zu längeren Warteschlangen und Orientierungsproblemen bei den Patientinnen und Patienten „mit Termin“ und „ohne Termin“ kommt. Ein digitales Wartemanagementsystem wie PatientFlow sorgt nun hier für mehr Effizienz und höhere Administrationssicherheit im komplexen Spitalsalltag.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Eine der Herausforderungen war es, die unterschiedlichen IT-Dienstleister an einen Tisch zu bekommen. Dank eines teamorientierten Projektmanagements aller Beteiligten ist dies aber gut gelungen. Die PatientFlow-Lösung ermöglicht die Ausgabe von Wartetickets und das geordnete Aufrufen via Bildschirmanzeige. Um den Austausch von Patientinnen- und Patientendaten und Terminen zu optimieren, wurde die Lösung in das bestehende Krankenhausinformationssystem KIS integriert. Patientinnen und Patienten „mit Termin“ können via e-Card-Terminal einchecken und werden direkt zur jeweils zuständigen Stellen gewiesen.

Ergebnisse:

Mittels einer Patientinnen- und Patienten Journey Management-Lösung auf Basis von PatientFlow wurden nun insgesamt vier Ticketschalter mit großer Bedienoberfläche und e-Card-Reader beim Haupteingang zur Verfügung gestellt, sowie ein kleiner Ticketschalter beim Infopoint. Die Aufrufe erfolgen nun über acht Info-Bildschirme im Wartebereich.

Lernerfahrungen:

Mit der Patient Journey/Customer Flow Management Lösung wurden folgende Verbesserung im Patientenempowerment erreicht:

1. Keine physischen Warteschlangen vor den Check-in-Zonen
2. Persönliche Wartenummern
3. Patientinnen und Patienten wissen, wann sie an der Reihe sind
4. Mindestabstände sind gewährleistet
5. Höhere Effizienz
6. Vermeidung von Menschenansammlungen
7. Bessere Ausnutzung von Wartezonen
8. Nachhaltige Lösung (Weiterentwicklung, Wartung)
9. Mehr Qualität im Patientinnen- und Patientenumgang
10. Optimierte Prozesse

7.3. Gemeinschaftliche Selbsthilfe als Navigatorin!

Beitrag aus der Forschung

Autorin: Ileana Cermak / Gesundheit Österreich GmbH

Kontakt: ileane.cermak@goeg.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Die Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe (ÖKUSS) führte im Auftrag des Dachverbandes der österreichischen Sozialversicherung und des Fonds Gesundes Österreich im Herbst 2021 fünf Online-Fokusgruppen zum Thema Selbsthilfebeteiligung im Rahmen von Bürger- und Patientenbeteiligung in Österreich durch, um die Erwartungen und Positionen strukturiert zu erfassen und Handlungsbedarfe sowie nächste Schritte zu identifizieren.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Es wurden fünf Fokusgruppen mit den Gruppen Österreichische Sozialversicherung und BMSGPK, Länder, Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen auf Landesebene, bundesweite Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen zu seltenen Erkrankungen mit jeweils drei bis neun Personen abgehalten. Die Dokumentation erfolgte in Gesprächsprotokollen. Die Analyse der Ergebnisse erfolgt pro Frage und fragenübergreifend mittels Kategorisierung. Fokussiert wurde auf die Identifikation von Gemeinsamkeiten sowie Differenzen zwischen den Gruppen.

Ergebnisse:

Die Bewältigung der Folgen von chronischen Erkrankungen wird durch das etablierte Gesundheitssystem oft nicht abgedeckt. Daher wird das Versorgungssystem durch externe Angebote (Laiengesundheitssystem) wie die gemeinschaftliche Selbsthilfe unterstützt. In den Fokusgruppen bestätigte sich über die Dialoggruppen hinweg, dass mehrfache Nutzenaspekte von Selbsthilfe und im speziellen von Selbsthilfebeteiligung für unterschiedliche Zielgruppen und Ebenen gesehen werden. Selbsthilfeorganisationen und -gruppen leisten sowohl einen Beitrag zur individuellen Gesundheitskompetenz von Betroffenen, Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen durch Austausch, Beratung und mündliche sowie schriftliche Information, als auch zur systemischen Gesundheitskompetenz, zur Qualitätsverbesserung der Gesundheitsversorgung und Patientenorientierung durch Einbringen der Betroffenenexpertise (Selbsthilfebeteiligung).

Im Zuge der Fokusgruppen wurde aus unterschiedlichen Perspektiven erarbeitet, was es für Rahmenbedingungen für Beteiligung in Organisationen und die Umsetzung von Selbsthilfebeteiligung als Teil von Patientenbeteiligung braucht. Der Weg zu strukturierter Beteiligung von Selbsthilfeorganisationen erfordert Leitwerte für Beteiligung, Klarheit, Transparenz und Unabhängigkeit, Verbindlichkeit und Nachhaltigkeit, Umsetzung und Leben von Beteiligung sowie Unterstützung und Weiterentwicklung.

Lernerfahrungen:

In der gemeinschaftlichen Selbsthilfe sind Patientinnen und Patienten organisiert, welche über Expertise und Erfahrung im Umgang mit Erkrankungen und den sich daraus ergebenden Herausforderungen verfügen. Die Berücksichtigung der Patientenperspektive erfolgt bislang noch nicht in strukturierter Form, obwohl der Nutzen von Selbsthilfebeteiligung für die individuelle und systemische Gesundheitskompetenz unumstritten ist. Im Zuge der Fokusgruppen wurde zur Interaktion mit anderen Vertretungen derselben Dialoggruppe sowie bei einer Abschlussveranstaltung zum perspektivenübergreifenden Austausch eingeladen, um das Verständnis hinsichtlich der unterschiedlichen Perspektiven und Positionen zu vertiefen.

7.4. Psychotherapie Vorarlberg – Clearingstelle

Beitrag aus der Praxis

Autorin: Sigrid Hämmeler-Fehr / Institut für Sozialdienste

Kontakt: sigrid.haemmerle-fehr@ifs.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Menschen mit psychischen Leidenszuständen erhalten viele Empfehlungen zu Hilfestellungen von Menschen in ihrem Umfeld aber auch Fachleuten. Betroffene in Vorarlberg in ihrem Leiden wahrzunehmen und zu verstehen und sie vor allem zielgerichtet und fachlich hochprofessionell zu versorgen, ist das Ziel von Psychotherapie Vorarlberg. Mit der Installation einer Psychotherapie Clearingstelle findet ein einmaliges therapeutisches Fachgespräch zwischen Patientin oder Patient und Psychotherapeutin oder Psychotherapeut statt. Neben der Orientierung für Patientinnen und Patienten steht die faire Verteilung der fachlichen Sachleistungsressourcen im Bundesland im Mittelpunkt.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Betroffene melden sich über die Webseite oder ein Anmeldeformular für Psychotherapie an. Durch eine anschließende telefonische Kontaktaufnahme mit der Clearingstelle wird ein zeitnaher Termin für ein Clearinggespräch gesichert. Dieses Gespräch dient der Einschätzung des Schweregrades der Erkrankung, der Dringlichkeit und der sozialen Lage. Ziel ist es Patientinnen und Patienten über passgenaue Hilfsmöglichkeiten in Vorarlberg zu orientieren. Wenn Psychotherapie Vorarlberg in Frage kommt, findet eine Bepunktung und Reihung der Wartenden sowie ein Matching zwischen Patientin oder Patient und einem der 55 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten statt.

Ergebnisse:

Die Installation eines gut durchdachten Systems hat es möglich gemacht, einen umfassenden Überblick über Patientinnen- und Patientenbedarfe rund um das Thema psychische Erkrankungen in Vorarlberg zu erlangen. Seit Installation der Clearingstelle im Herbst 2020 wurden bis heute mehr als 2.000 Menschen in Clearinggesprächen erfasst. Der Andrang ist deutlich spürbar mit steigender Tendenz. Es melden sich wöchentlich zwischen 25 und 40 Betroffene für ein Clearinggespräch an. Bei hoher Dringlichkeit gelingt es, Menschen schnell und passgenau an eine:n der zur Verfügung stehenden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten zu vermitteln. Themen, die sich in der Bevölkerung verstärkt zeigen (z. B. erhöhter Bedarf bei Kindern und Jugendlichen), können schnell erfasst und im nächsten Schritt mit fachlich richtigen Antworten belegt werden. Die Steuerung des Angebots ist um vieles übersichtlicher und präziser geworden. Therapeutinnen und Therapeuten erhalten Zuweisungen die größtenteils passend sind, womit Abbrüche und mühsame neuerliche Suchwege für die Patientinnen und Patienten vermieden werden können. Um Einheitlichkeit im psychotherapeutischen Clearinggespräch zu gewährleisten braucht es regelmäßige Reflexion und ein stetes Evaluieren der Abläufe.

Lernerfahrungen:

Das Beachten der sozialen Situation einer Patientin oder eines Patienten (Erwerbstätigkeit, Versorgungsverpflichtung für Kinder, finanzielle und soziale Ressourcen) wird als wichtiges Kriterium in der Reihung der Patientinnen und Patienten gesehen. Gleichzeitig gefährdet eine lange Wartezeit in vielen Fällen die Chronifizierung der Symptomatik. Aus diesem Blickwinkel betrachtet, wird das System herausgefordert, möglichst zeitnahe, gut abgestimmte Angebote zur Verfügung zu stellen. Behandlungsdauer, Abstimmungen auf Diagnosegruppen der Patientinnen und Patienten mittels neu gedachter methodischer Zugänge (z. B. Gruppenangebote) bieten sich als Diskussionsansätze für Teams und Fachleute an.

8 Themenforum 6: Tools zur Stärkung der Gesundheitskompetenz

8.1. Gesund informiert

Beitrag aus der Praxis

Autorinnen: Bianca Heppner, Anja Mandl / Gesundheitsfonds Steiermark

Kontakt: bianca.heppner@gfstmk.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Die Erhebung HLS19-AT hat gezeigt, dass sich die österreichische Bevölkerung immer öfter mit digitalen Medien zu Gesundheitsthemen informiert. Die Kampagne „Gesund informiert“ hat das Ziel, den Menschen in der Steiermark einen besseren Zugang zu verständlichen, guten Gesundheitsinformationen zu bieten und so für mehr Gesundheit in ihrem Alltag zu sorgen. Die Webseite www.gesund-informiert.at wurde neu gestaltet und mit einem Gesund-informiert-Podcast als neues Format für Gute Gesundheitsinformation erweitert. Barrierefreiheit und Niederschwelligkeit sind dabei wichtige Prinzipien.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Die Webseite „www.gesund-informiert.at“ dient als Informationsplattform, bietet in vier Kategorien „Gesunde Steiermark“, „Gesund informiert“, „Gesund bleiben“ und „Gesund werden“ Informationen und Orientierung zum Thema Gesundheit. Für Expertinnen und Experten gibt es eine eigene Rubrik, in der Materialien, Zahlen, Daten und Fakten, Best Practice Beispiele sowie vertiefende Informationen zum Thema Gesundheitskompetenz dargestellt werden. Als neues Format für Gute Gesundheitsinformation wurde im Herbst 2021 ein Podcast etabliert. Alle Inhalte sind in einer einfachen und verständlichen Sprache geschrieben. Die Webseite wurde in das Barrierefreiheit-Level AA umgewandelt.

Ergebnisse:

- Direkte Ansprache der Zielgruppen über zielgruppenspezifische Kommunikationskanäle (Webseite, Podcast, Social Media)
- Empowerment und Stärkung der Gesundheitskompetenz und des Selbstmanagements durch die unterschiedlichen Kategorien, im Besonderen durch die Rubriken „Was kann ich selbst tun?“ und „Wo finde ich Rat und Hilfe“
- Die 15 Kriterien für Gute Gesundheitsinformation werden bei der Erstellung und Umsetzung der Inhalte bestmöglich angewandt.
- Die Informationen sind in einer einfachen und verständlichen Sprache verfasst. Grafiken sind einfach verständlich.
- Alle Gesundheitsthemen sind nach einem einheitlichen, inhaltlichen Leitsystem aufgebaut: Häufige Fragen, Vorteile & Nachteile, Mythen, Rat & Hilfe sowie hilfreiche Links zu weiteren seriösen Informationen werden angeboten.
- Die Webseite entspricht dem Barrierefreiheits-Level des „Web Content Accessibility Guidelines 2.0“, Level AA, des World Wide Web Consortium (W3C).
- Die Informationen sprechen, unterstützt durch Podcasts, unterschiedliche Sinne an.
- Es werden aktuelle Informationen aus der Wissenschaft und der medizinischen Forschung (zum Beispiel Studien) verwendet. Das Datum der Erstellung ist angegeben.
- Alters- und Geschlechtsunterschiede werden berücksichtigt.
- Die Inhalte sind neutral und realistisch dargestellt (keine Werbung).

Lernerfahrungen:

Um das Thema Gesundheitskompetenz in den Alltag der Steirer:innen zu integrieren, müssen unterschiedliche Kommunikationskanäle angeboten werden und die Informationen zielgruppengerecht aufbereitet sein.

8.2. Epilepsie im Zentrum EiZ / Epilepsiefachberatung – 3-jähriges Pilotprojekt in der Steiermark

Beitrag aus der Praxis

Autorin: Elisabeth Pless / Institut für Epilepsie

Kontakt: elisabeth.pless@institut-fuer-epilepsie.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Bei Epilepsien handelt es sich um ein Spektrum von Erkrankungen, deren Ursache, Erscheinungsbild und Häufigkeit sehr unterschiedlich sein können. Die medizinische Behandlung alleine reicht nicht aus, da Epilepsie mehrere Dimensionen berührt. Mythen und Klischees führen zu negativen Auswirkungen auf Freizeit, Schule und Berufsleben und verursachen hohe Raten an Depressionen, Angststörungen und Suizid. Zusätzlich haben Menschen mit Epilepsie, die an Depressionen leiden, weniger Chancen auf Anfallsfreiheit. Niedrige Gesundheitskompetenz der betroffenen Familien führt zusätzlich zu einer schlechten Krankheitsbewältigung und geringeren Compliance.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Die evidenzbasierte Epilepsie-Beratung ermutigt unter Beachtung individuell abgeklärter Risiken ein möglichst normales Leben zu führen. Beraten werden Menschen mit Epilepsie, deren Familien und Freunde sowie Personen, die im privaten oder beruflichen Umfeld mit Epilepsie konfrontiert sind. Die Beratung erfolgt in Einzel- und Gruppenberatung, telefonisch, online oder in Präsenz. Der Zugang erfolgt durch: Sprechtage in den Bezirken, Soziale Medien, Teilnahme an Gesundheitstagen, wöchentliche Telefonstunde etc. Die Beratungsthemen gehen von Erste Hilfe, Diagnose- und Therapiemöglichkeiten bis zu Kinderwunsch oder Ausbildungsmöglichkeiten mit Epilepsie.

Ergebnisse:

Von 01.01.2019 bis 31.12.2021 fanden 1.118 Anfragen für 531 Personen (Fälle) statt. Mehr als zwei Drittel aller Anfragen erfolgten durch Angehörige (38,8%) und Betroffene mit Epilepsie selbst (37,4%). 16,4% der Anfragen kamen von Personen, die im beruflichen Umfeld mit Epilepsie konfrontiert waren (Sozialarbeiter:innen, Behindertenbetreuer:innen, Ärztinnen und Ärzte, usw.). Am häufigsten werden Fragen rund um Diagnose & Behandlungsmöglichkeiten (26,8%) gestellt. Dann kommen Themen wie Kindergarten, Schule, Hort, Ausbildung (10,4%) und Arbeitsplatz (9,6%). Viele Beratungen drehen sich um Krankheitsbewältigung (9,2%). Ein großes Thema war auch Corona. Viele Beratungsthemen ergeben sich erst im Gespräch und waren nicht der ursprüngliche Grund der Anfrage. Sowohl bei den betroffenen Familien als auch beim Umfeld werden Ängste ernst genommen und analysiert. Fakten werden von übertriebenen Ängsten getrennt, um alle im Umgang mit der Erkrankung zu stärken. Infofolder, Workshops, Spiele, Bücher, etc. werden individuell eingesetzt. Eine externe Evaluierung bestätigte den Bedarf und die erfolgreiche nachhaltige Beratung.

Lernerfahrungen:

Tabuisierung der Krankheit Epilepsie verhindert die aktive Suche nach Unterstützung. Mythen über Epilepsie sind fester Bestandteil des Denkens vieler Menschen. Viele sind durch widersprüchliche Informationen durch selbsternannte Epilepsie-Expertinnen und -Experten und/oder aus dem Internet verunsichert. Das Wissen über Epilepsie bei Betroffenen und Angehörigen, Pädagoginnen und Pädagogen, Sozialarbeiter:innen, Ärztinnen und Ärzte, etc. muss erhöht werden, um die Lebensqualität der betroffenen Familien zu verbessern und psychische Komorbiditäten zu verringern. Herausfordernd war und ist, dass EiZ nur in der Steiermark angeboten wird, Anfragen aber aus ganz Österreich kommen.

8.3. „Infos ohne Nebenwirkung“ – Checkliste zur Beurteilung von Gesundheitsinfos

Beitrag aus der Forschung

Autorinnen/Autoren: Ursula Griebler¹, Christina Kien¹, Irma Klerings¹, Eva Krczal², Filiz Keser Aschenberger³, Benedikt Lutz⁴, Isolde Sommer¹, Bernd Kerschner¹

1) Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation, Universität für Weiterbildung Krems 2) Department für Wirtschaft und Gesundheit, Universität für Weiterbildung Krems 3) Department für Weiterbildungsforschung und Bildungstechnologien

4) Universität für Weiterbildung Krems; Department für Wissens- und Kommunikationsmanagement, Universität für Weiterbildung Krems

Kontakt: ursula.griebler@donau-uni.ac.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Drei Viertel der Österreicher:innen suchten 2020 online nach Gesundheitsinformationen. Allerdings haben 47% davon Schwierigkeiten, die Verlässlichkeit der gefundenen Informationen einzuschätzen. Die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu beurteilen hängt von der Gesundheitskompetenz ab. Diese ist jedoch bei 47% der österreichischen Bevölkerung unzureichend, so die Ergebnisse der Gesundheitskompetenzerhebung HLS19-AT. Eine interdisziplinäre Forschungsgruppe der Universität für Weiterbildung Krems verfolgt zwei Ziele: 1) die Erstellung einer Checkliste für Bürger:innen zur Beurteilung der Verlässlichkeit von Online-Gesundheitsinformationen ohne Einschulung; 2) die Entwicklung von Trainingsformaten zur Vertiefung der Checklistenkriterien.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Die Checkliste für die Beurteilung von Gesundheitsinformationen im Internet wurde in mehreren Schritten entwickelt. 1) Spezifische Literatursuche in wissenschaftlichen Datenbanken und Websuche, 2) Auswahl der Ergebnisse (alle Checklisten und Tools bzw. Forschungsarbeiten zu Konzepten und Indikatoren zur Beurteilung von Gesundheitsinformationen wurden eingeschlossen), 3) Datenextraktion und Kategorisierung von Items, 4) Deduplizierung und Übersetzung der Items auf Deutsch, 5) modifizierter Delphi Prozess mit Expertinnen und Experten, 6) kognitiver Test der verkürzten Itemliste mit Nutzerinnen und Nutzern, 7) Prüfung der diskriminativen Validität mit einem Test-Set.

Ergebnisse:

Nach Durchsicht der gefundenen Literatur wurden von 82 Dokumenten (Zeitschriftenartikel, Berichten, Bücher und Buchkapitel, etc.) und Websites insgesamt 1.742 Items in eine Excel-Matrix extrahiert. Diese wurden danach in fünf inhaltliche Kategorien eingeteilt: funktionelle/technische Aspekte, Transparenz, Informationsaufbereitung, Darstellung (sprachlich und visuell) und Nutzerperspektive. Kriterien, die nur mit Fachwissen unter Verwendung zusätzlicher Quellen oder hohem Zeitaufwand eingeschätzt werden können, wurden ausgeschlossen und doppelte Items innerhalb der Kategorien kombiniert. Kriterien in englischer Sprache wurden auf Deutsch übersetzt. Die Itemliste wurde zunächst im Forschungsteam von allen Mitgliedern getrennt bewertet und anschließend gekürzt. Danach wurde ein zweistufiger Delphi-Prozess mit externen Expertinnen und Experten zur Bewertung und zielgruppenorientierten Formulierung der Items durchgeführt. Die Items wurden sprachlich vereinfacht und eine kürzere Liste von 23 Items wird derzeit in kognitiven Interviews mit potentiellen Nutzerinnen und Nutzern auf ihre Verständlichkeit und Anwendbarkeit geprüft. Zunächst finden sechs bis acht Interviews statt, dann wird die Checkliste auf Basis der Ergebnisse überarbeitet und gekürzt und mit weiteren Nutzer:innen getestet.

Lernerfahrungen:

Die Erstellung einer laienverständlichen und -anwendbaren Checkliste zur Beurteilung von Online-Gesundheitsinformationen ist eine große Herausforderung. Die multiprofessionelle Zusammenarbeit verschiedener Departments der Universität für Weiterbildung Krems sichert die wissenschaftliche Qualität der Checkliste. Die Einbindung von Laien gewährleistet die Verständlichkeit und Anwendbarkeit. Mit der Erstellung der Checkliste und später der Trainingsformate möchte die Forschungsgruppe die allgemeine Bevölkerung dabei unterstützen, die Verlässlichkeit von Gesundheitsinformationen vor allem im Internet besser beurteilen zu lernen und damit die kritische Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken.

8.4. Zugang zu digitalen Gesundheitsanwendungen in der hausärztlichen Versorgung

Beitrag aus der Forschung

Autorinnen: Jacqueline Posselt, Marie-Luise Dierks / Medizinische Hochschule Hannover

Kontakt: posselt.jacqueline@mh-hannover.de

Hintergrund und Zielsetzung:

Seit Oktober 2020 können Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) als sogenannte „Apps auf Rezept“ gesetzlich Versicherten in Deutschland von Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen und Therapeuten verordnet oder durch Krankenkassen ausgestellt werden. Als niederschwelliges Angebot können DiGA in der hausärztlichen Versorgung unter anderem Menschen mit depressiven Erkrankungen eine neue Perspektive bieten, um Versorgungslücken zu verringern oder Wartezeiten auf fachärztliche oder psychotherapeutische Behandlungen zu überbrücken. Derzeit ist wenig darüber bekannt, wie Patientinnen und Patienten DiGA nutzen (würden) bzw. bewerten und wie Behandelnde die DiGA ihren Patientinnen und Patienten DiGA zugänglich machen.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Im Rahmen einer qualitativen, leitfadengestützten Interviewstudie wurden zwischen Januar und Mai 2022 Interviews mit Hausärztinnen und Hausärzten (n=17) und Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen (n=17) zu ihren Erfahrungen mit digitalen Angeboten und Einstellungen zu DiGA geführt. Die Daten der Interviews wurden inhaltlich-strukturierend ausgewertet.

Ergebnisse:

Die Möglichkeit, in Wartezeiten selbst aktiv werden zu können, ist für Betroffene von hohem Wert. Insbesondere die Empfehlung durch Versorgende hat für Patientinnen und Patienten eine große Bedeutung, um sich weitergehend mit DiGA zu beschäftigen. Jedoch wissen die Erkrankten wenig über den Zugang zu DiGA und wurden bislang kaum durch Behandelnde oder Krankenkassen darüber informiert. Auch Hausärztinnen und Hausärzte haben zu großen Teilen nur begrenztes Wissen über die therapeutischen Inhalte sowie Rahmenbedingungen, wie beispielsweise die Kosten für verordnete DiGA oder Unterschiede zwischen den einzelnen Angeboten. Auch wenn dieses Wissen vorhanden ist, zeigen sich unterschiedliche Entscheidungswege: die einen lehnen aus prinzipiellen Erwägungen DiGA für ihre Patientinnen und Patienten ab, die anderen sind grundsätzlich offen und würden aufgrund bestehender Versorgungslücken geeigneten Versicherten die Nutzung vorschlagen, um so durch die Erprobung zunächst eigene Erfahrungen in der Patientinnen- und Patientenversorgung zu sammeln.

Lernerfahrungen:

Maßnahmen zur Förderung des Zugangs zu DiGA müssen auf verschiedenen Ebenen angeordnet sein. Dazu gehört eine zielgruppengerechte Ansprache der Versicherten unter anderem durch Krankenkassen, Patientenforen und Gesundheitsportale. Dennoch: weiterhin sind (Haus-)Ärztinnen und Ärzte zentrale Türöffner für den Zugang von Patientinnen und Patienten zu DiGA, so dass es gilt, bestehende Vorbehalte auf ärztlicher Seite wahrzunehmen und in geeigneter Weise, beispielsweise durch den Einbezug von Berufsorganisationen und ärztlichen Informationsmedien, wie Fachzeitschriften, zu adressieren.

9 Themenforum 7: Gesundheitskompetenz und Zielgruppenbeteiligung

9.1. Diabeteszentrum Wienerberg: Gesundheitskompetenz durch Mitbestimmung fördern

Beitrag aus der Praxis

Autorinnen: Daniela Rojatz¹, Anna Wahl¹, Brigitte Domittner¹, Elisabeth Rappold¹, Martina Rossa², Tanja Fruhmann³

1) 1 Gesundheit Österreich GmbH 2) Österreichische Gesundheitskasse 3) Stadt Wien

Kontakt: daniela.rojatz@goeg.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Partizipation ist ein Schlüssel, um die Gesundheitskompetenz von Organisationen und Menschen zu stärken. Patientinnen- und Patientenbeteiligung wird beim Aufbau des Diabeteszentrums Wienerberg als *conditio sine qua non* betrachtet. Die Realisierung der bestmöglichen Diabetesversorgung erfordert die Zusammenarbeit von Gesundheitsberufen und Patientinnen und Patienten. Bereits in der Planung des Diabeteszentrums wurden Menschen mit Diabetes beteiligt. Eine Gruppe von Patientinnen und Patienten erarbeitete Empfehlungen für das Diabeteszentrum. Eine Empfehlung lautete: „Patientinnen- und Patientenbeteiligung nachhaltig im Diabeteszentrum zu verankern“. Vorbereitend auf die Eröffnung, wurde partizipativ erarbeitet, wie diese Empfehlung umgesetzt werden kann.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Angepasst an die Gesamtprojektstruktur zum Aufbau des Diabeteszentrums wurde eine „Projektgruppe Patientinnen- und Patientenbeteiligung“ etabliert. Mitglieder der Projektgruppe sind Menschen mit Diabetes mellitus, Mitarbeiter:innen des Diabeteszentrums, Vertreter:innen der Stadt Wien, die Österreichische Gesundheitskasse und das Frauengesundheitszentrum Wien. Als Ziel für die gemeinsame Arbeit wurde die Entwicklung eines Beteiligungsleitfadens mit einer Sammlung von Beteiligungsmethoden festgelegt. In fünf Projektgruppensitzungen wurden sechs Beteiligungsmethoden sowie erforderliche Rahmenbedingungen erarbeitet. Ergebnisse der Projektgruppe wurden im Rahmen einer Fokusgruppe mit Menschen mit Migrationshintergrund diskutiert.

Ergebnisse:

Die Projektgruppe identifizierte mehrere Ziele von Beteiligung, allen voran wechselseitiges Kennen und Verstehen lernen von Personen, Abläufen (Verhaltensweisen) und Strukturen sowie die Verbesserung der Angebote des Diabeteszentrums. Neben der (persönlichen) Information über Newsletter und Website zu Beteiligungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten und Ergebnissen von Beteiligungsprozessen wurden sechs Beteiligungsmethoden inklusive Umsetzungsschritte erarbeitet. Drei davon adressieren Maßnahmen zur Verbesserung der individuellen Gesundheitskompetenz und drei (tendenziell) zur Verbesserung der organisationalen Gesundheitskompetenz.

Verbesserung der individuellen Gesundheitskompetenz:

- Tag der offenen Tür des Diabeteszentrums, um über Angebote und Beteiligungsmöglichkeiten zu informieren
- Austauschtreffen von Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Mitarbeiter:innen zu diabetesbezogenen Themen, wie Diabetesversorgung oder Leben mit Diabetes mellitus
- Selbstorganisierte Gruppenaktivitäten von Patientinnen und Patienten, wie Nordic Walking
- Verbesserung der organisationalen Gesundheitskompetenz
- Ideenbriefkasten für Anregungen von Patientinnen und Patienten
- Kooperation mit Selbsthilfeorganisationen und regelhafter Hinweis auf die Teilnahmemöglichkeit (u.a. im Zuge von Beratungen)
- Forum des Diabeteszentrums: (halbjährliche) Workshops von interessierten Patientinnen und Patienten und Mitarbeiter:innen, um u.a. Anregungen aus dem Ideenbriefkasten zu besprechen sowie weitere Entscheidungen zu beraten und nächste Schritte in Hinblick auf Patient:innenbeteiligung abzuleiten

Lernerfahrungen:

Eine einzige Form der Patientinnen- und Patientenbeteiligung existiert nicht. Vielmehr ist ein Methodenmix gefragt, um die diversen Beteiligungsbedarfe abzudecken. Entgegen der ursprünglichen Annahmen geht es bei den erarbeiteten Beteiligungsmethoden weniger um tatsächlichen Einfluss auf Entscheidungen des Diabeteszentrums, als um ein Verstehen lernen der Menschen und Prozesse. Es geht um das Schaffen von Begegnungs- und Kommunikationsräumen von Mitarbeiter:innen und Patientinnen und Patienten. Mit dem Beteiligungsleitfaden liegt ein Orientierungsrahmen für die Umsetzung vor. Für den nachhaltigen Transfer der Methoden in die Praxis bedarf es einer Prozessbegleitung.

9.2. Projektergebnisse Stärkung der Gesundheitskompetenz in Bezug auf Kinderimpfungen

Beitrag aus der Praxis

Autorinnen: Andrea Niemann, Kristin Ganahl, Marlene Brettenhofer / aks gesundheit GmbH, Österreich

Kontakt: andrea.niemann@aks.or.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Gesundheitsinformationen sind eine essenzielle Ressource bei Gesundheitsentscheidungen. Doch oft sind diese zu komplex und das Finden, Verstehen, Beurteilen und Umsetzen nicht einfach. Dies trifft besonders beim Thema Impfen zu. Die Daten zur Gesundheitskompetenz Österreichs zeigten dass rund 12% der Vorarlberger:innen es „sehr“ oder „ziemlich schwierig“ finden, zu verstehen/beurteilen, warum man Impfungen benötigt. Primäres Projektziel war die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Eltern durch die Bereitstellung unabhängiger, leicht verständlicher Impfscheidungshilfen zu den Kleinkinderimpfungen, welche auf die Informationsbedürfnisse von verunsicherten Eltern abgestimmt sind.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Erfassung der Informationsbedürfnisse von verunsicherten Eltern mittels leitfadengestützter Interviews. Identifizierung verunsicherter Eltern bezüglich Kleinkinderimpfungen mit der Parent Attitudes about Childhood Vaccines (PACV) short scale. Für die Erhebung wurden nur Eltern mit mittlerer oder hoher Impfverunsicherung berücksichtigt. Erfassung der Evidenz zu den Impfungen entsprechend Methodenpapier zu den Faktenboxen des Hardingzentrums für Risikokompetenz. Umsetzung der Impfscheidungshilfen entsprechend der Evidenz und der erhobenen Elternbedürfnisse. Testung der Impfinformationen in Eltern- und Expertenfokusgruppen. Verbreitung im bestehenden Ausgabeprozess der Einverständniserklärungen, durch MUKI Pässe und Gesundheitsberufe.

Ergebnisse:

- Wir kennen die Informationsbedürfnisse impfunsicherer Eltern von Kleinkindern.
- Wir wissen, welche Impffragen die Vorarlberger Bevölkerung beschäftigen.
- Uns sind die wesentlichen Faktoren für die Impfscheidung bekannt.
- Wir haben die wissenschaftliche Evidenz zu den Kleinkinderimpfungen aufbereitet.
- Die Impf-Entscheidungshilfen zu den vier kostenfreien Kleinkinderimpfungen sind entwickelt, getestet und verbreitet.
- Handlungsempfehlungen zur Sicherung der Nachhaltigkeit und Ausrollung sind abgeleitet.

Impfen – ein Tabuthema: Die Bedürfniserhebung fand bereits vor Beginn der Corona Pandemie statt. Umso erstaunlicher war es damals, dass impfunsichere Eltern nicht gerne offen ihre Haltung zum Thema „Kleinkinderimpfung“ aussprechen. Selbst im Freundes- und Bekanntenkreis, um Diskussionen zum „Nichtimpfen“ zu vermeiden. Das Impfgespräch: Die Ergebnisse zum Impfgespräch sind ambivalent. Einerseits zeigte die Bedürfniserhebung, dass das Impfgespräch häufig genannt wurde, allerdings haben die Eltern das Thema nicht priorisiert. Bei den sieben wesentlichen Aspekten für die Impfscheidung war „Zeit für das Gespräch“ hingegen ein wesentlicher Aspekt.

Lernerfahrungen:

Vertrauen und Werte: Unsichere Eltern vertrauen öffentlichen Institutionen, Politik und Wissenschaft nicht einfach. Deshalb ist Transparenz in der Aufbereitung und Darstellung z. B. von Evidenzlücken von Impfinformationen besonders wichtig. Eltern wollten auch Infos zu nichtwissenschaftlichen Inhalten, wie z. B. Grundwissen zu Erkrankungen und Impfungen. Diese wurden im Expertinnen- und Expertenteam recherchiert und mit Quellenangabe ergänzt. Priorisierung der Inhalte: Im Zweifel, wenn Eltern- und Expertinnen- und Expertenmeinungen auseinander gingen wurde vom Projektteam zugunsten der Elternbedürfnisse entschieden. Die Partizipation mit allen Zielgruppen (auch Expertinnen und Experten) war gewinnbringend.

9.3. Patient and Public Involvement in der pädiatrischen Onkologie – So klappt!

Beitrag aus der Forschung

Autorinnen/Autoren: Liesa J. Weiler-Wichtl¹, Johannes Gojo¹, Rita Hansl¹, Maximilian Hopfgartner¹, Anita Kienesberger², Ulrike Leiss¹, Carina Schneider²

1) Med Uni Wien 2) CCI-Europe

Kontakt: liesa.weiler@meduniwien.ac.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Patient and Public Involvement and Engagement (PPIE) in der Forschung setzt sich dafür ein, dass Forschung „mit“ und nicht „für“ die Patientinnen und Patienten und ihre Familien durchgeführt wird. Die Berücksichtigung von PPIE im Forschungsprozess ist mit einem besseren patientenorientierten Ergebnis verbunden und entspricht den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten am besten. Leider sind die Ungleichheiten bei den PPIE-Aktivitäten und die Unklarheit der Terminologie in Europa mehr als offensichtlich.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

In einem mehrstufigen und interdisziplinären Ansatz (unter Einbeziehung von Patientinnen- und Patientenvertretern) wurden alle Ebenen der PPIE (Partizipation, Engagement und Einbindung) integriert, um (1) in einer europaweiten Online-Umfrage das aktuelle Wissen über und die Einstellung zu PPIE bei HCP (n=134) und Patientinnen und Patienten (n=168) zu untersuchen. (2) Zur Entwicklung effektiver Methoden zur Durchführung von PPIE wurde ein Workshop mit N=47 Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchgeführt, an dem zwei Moderationsteams (healthcare professional und patient expert) teilnahmen. (3) Alle Methoden resultierten in einem Awareness Kurzfilm.

Ergebnisse:

Im Allgemeinen wurde die PPIE als relevant eingestuft: HCPs gehen davon aus, dass sie Patientinnen und Patienten in viele Forschungsbereiche einbinden (Teilnahme an Studien, Kommunikation über Daten). Dies wird jedoch von den Patientinnen und Patienten nicht in gleichem Maße wahrgenommen ($X^2 = 42,70$, $p < .001$). Obwohl auf beiden Seiten die Bereitschaft besteht, PPIE zu integrieren, geben sowohl HCP als auch Patientinnen und Patienten einen geringen Kenntnisstand an (Patientinnen und Patienten: $t(334) = -2,817$, $p = .004$; HCPs: $t(270) = -2,883$, $p = .004$). Innerhalb der HCPs werden Barrieren auf Seiten der Patientinnen und Patienten signifikant häufiger genannt: krankheitsbezogene Einschränkungen ($X^2 = 11,86$, $p < .001$) und mangelnde Objektivität seitens der Patientinnen und Patienten ($X^2 = 25,52$, $p < .001$). Allerdings zeigt sich eine hohe Übereinstimmung zwischen HCP und Patientinnen und Patienten hinsichtlich allgemeiner Herausforderungen in der Umsetzung von PPIE in der Forschung (soziale Barrieren, Mangel an Ressourcen).

Lernerfahrungen:

Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, das Bewusstsein für das „Was und Wie“ der Umsetzung von PPIE im Forschungsprozess zu schärfen: Wissen über das Konzept durch Fachschulungen zu vermitteln, die Kommunikation zu verbessern und Maßnahmen zu entwickeln, die die Lücke schließen und die Bedürfnisse von HCP und Patientinnen und Patienten gleichermaßen erfüllen.

9.4. Diabetes Typ1 – DA MA WOS! Peer to Peer Support für DiaBadasses in Austria

Beitrag aus der Praxis

Autorinnen: Lena Gießwein, Yvonne Fischer, Christine Fröhlich / Team Diabetes DA MA WOS

Kontakt: lena.giesswein@live.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Typ 1 Diabetes (T1D) ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen bei Kindern, steigt seit 30 Jahren stetig an, ist komplex und fordert eine 24/7 Selbstkontrolle der Betroffenen. Diabetes-Distress kann zu einem Gefühl der Überforderung oder Einsamkeit führen. Studien haben gezeigt, dass Peer-Support Diabetes-Distress erfolgreich reduzieren kann. Das Projekt DA MA WOS zielt darauf ab und ergänzt den Peer-to-Peer Support mit einem niederschweligen multiprofessionellem Coaching Angebot. Das Projekt ist mit dem österreichischen Youngstars1 Projekt vernetzt und baut auf dessen Aktionsplan auf.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Das Projekt DA MA WOS ist eine Peer-Support Gruppe für Jugendliche, die von einem multiprofessionellen Team (Kinderdiabetologin, Diätologin und klinischer Psychologin) begleitet werden. Den Jugendlichen wird zum Austausch online sowie vor Ort eine Plattform angeboten, mit Diskussionsrunden und Ausflügen. DA MA WOS ist auf drei Säulen aufgebaut: (1) Peer-to-Peer Support als Grundlage, (2) fachliche und professionelle Begleitung als Ergänzung und (3) Vernetzung und Initiierung mit und von weiteren T1D Projekten als Möglichkeit des Wachstums und der Erhöhung der Reichweite.

Ergebnisse:

Im Rahmen des DA MA WOS Projekts haben mehrere Treffen vor Ort und online stattgefunden. Während der Treffen vor Ort standen neben der Action gemeinsames Messen, Überlegungen zum Glucoseverlauf und Kommunikationsrunden zu Themen wie „Opfer oder Held – wie sehe ich mich mit meinem Diabetes?“ oder „I am a Diabadass - what´s your superpower?“ am Programm.

Zwölf Jugendliche von Wien bis Vorarlberg mit unterschiedlichen medizinischen und psychologischen Hintergründen sind voll in das Projekt eingebunden, sechs davon übernehmen Organisationsaufgaben. Durch das Gemeinschaftsgefühl, den Peer-Support und den fachlichen Input konnten sich die Gesundheitskompetenz und die Selbstwirksamkeit der Jugendlichen stark erhöhen, insbesondere mit dem gemeinsamen Ziel, nach Österreich geflüchtete ukrainische Jugendliche zu unterstützen. Nach einem Coaching-Workshop konnte die Begleitung von bisher drei ukrainischen Kindern/Jugendlichen begonnen werden.

Das Projekt wird auch mittels der WHO5-Fragen zum aktuellen Wohlbefinden und zu Fragen der Diabetes-Akzeptanz und des sozialen Eingebundenseins im Verlauf evaluiert.

Lernerfahrungen:

Die Aktivierung der Jugendlichen kann mit Beharrlichkeit und einem Ziel, das ihre Motivation und Selbstwirksamkeit stärkt – z. B. hilfreich für jemand anderen zu sein – besser erreicht werden. Das Coaching ist mit Prozessbegleitung und Spesen bezüglich Social Return On Invest kostengünstig, benötigt aber konzeptuelle Unterstützung und finanzielle Absicherung. Peer-Support ist für die Gesundheitskompetenz und das Empowerment von Kindern und Jugendlichen mit T1D sowie deren Familien und Freunden effektiv. Das Ziel ist eine Überführung des Projekts in ein Regelangebot für Familien von chronisch kranken Kindern.

10 Themenforum 8: Betriebliche Gesundheitsförderung

10.1. Nationale Strategie „Gesundheit im Betrieb“

Beitrag aus der Praxis

Autorin: Edith Werderits / Bundesministerium für Arbeit

Kontakt: edith.werderits@bma.gv.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Prävention und Gesundheitsförderung sind wesentliche Säulen einer gesunden Gesellschaft. Ein langes und selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit ist für uns alle von großer Bedeutung. Gesunde und leistungsfähige Mitarbeiter:innen sind auch ein Schlüsselfaktor für wirtschaftlichen Erfolg, Wettbewerbsfähigkeit und gesellschaftliche Weiterentwicklung. Daher sollen im Rahmen der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ Unternehmen aller Größen und Branchen beim Betrieblichen Gesundheitsmanagement umfassend durch Informationsangebote, die auf der Webseite www.gesundheit-im-betrieb.at gebündelt zu finden sind, bedarfsgerecht unterstützt werden.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Zum Erreichen dieser Zielsetzungen wurde ein Steuerungsmodell etabliert, das die langfristige Fortführung des Themas „Gesundheit im Betrieb“ garantieren soll. Das Steuerungsmodell umfasst die Aspekte der politischen Koordination durch das Bundesministerium für Arbeit in Zusammenarbeit mit weiteren Ministerien und den Sozialversicherungsträgern, sowie die strategische Koordination durch ein fix eingerichtetes Gremium aus öffentlichen, bundesweit agierenden Institutionen, Sozialpartnern und Ländern sowie eine operative Koordination über die drei Handlungsfelder mit den dafür verantwortlichen Akteuren auf Basis deren gesetzlicher Aufträge.

Ergebnisse:

Die Webseite www.gesundheit-im-betrieb.at bietet eine gutes Navigations- und Wissenstransferinstrument für Betriebe und deren Mitarbeitende zum Themenkreis Gesundheit. Unter dem Motto „Alles auf einen Blick“ wird auf der Homepage ein strukturierter Überblick gegeben. Mit einem Erklärvideo wird barrierefrei in das Thema eingeführt und es werden dort Informationen zu den drei Handlungsfeldern des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (Arbeitnehmer:innenschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung, Betriebliches Eingliederungsmanagement) angeboten als auch die relevanten Player in Österreich kurz mit Statements dargestellt. Zudem gibt es bedarfsgerecht eine Angebotsübersicht über die richtigen regionalen Ansprechstellen zu den einzelnen Bereichen des BGMs. Die Good Practice Sammlung vom Betriebsbeispielen zeigt wie Betriebe BGM erfolgreich umgesetzt haben. Laufende Informationen sind durch die Anmeldefunktion zum quartalsweise erscheinenden Newsletter möglich. Weiters gibt es Informationsmaterialien und eine aktuelle Termin- und Veranstaltungsübersicht. Wichtige Eckpunkte der Strategie konnten damit bereits erreicht werden. Weitere sind bereits in der Ausbauphase, wie die Entwicklung einer Vernetzungs- und Austauschplattform für Beratende und Betriebe sowie standardisierte Unterlagen.

Lernerfahrungen:

Durch die Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Playern auf den verschiedenen Ebenen und Arbeitsgruppen sind kontinuierlich diverse Abstimmungsrunden erforderlich. Es gilt Reibflächen zwischen Institutionen zu vermindern und auch bestmöglich zeitliche Verzögerungen dadurch hintanzuhalten. Die bisherigen Arbeiten lassen erkennen, dass durch den gemeinsamen Willen, etwas Wichtiges zu erschaffen sowie offen für einen konstruktiven Dialog zu sein, neue Perspektiven und Lösungsoptionen zur Steigerung des Wissens betreffend Gesundheitsthemen im betrieblichen Kontext erreicht werden können.

10.2. Health of Students - Das Peer2Peer-Programm

Beitrag aus der Praxis

Autor: Christian Vajda / Medizinische Universität Graz

Kontakt: christian.vajda@medunigraz.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Studierende von Gesundheitsberufen sind besonderen Herausforderungen in ihrer Ausbildung ausgesetzt. Dies betrifft das Erlernen fachlichen Wissens, der Konfrontation mit existenziellen Themen, wie dem Umgang mit Krankheit und Tod, sowie die persönlichen Belastungsgrenzen. Die Art und Weise wie im Studium gelernt wird damit umzugehen, prägt dabei auch den Umgang im Beruf. An der Medizinischen Universität Graz wurde mittlerweile vor zehn Jahren ein Programm zur Gesundheitsförderung und psychosozialen Krisenintervention für Studierende etabliert, welches kontinuierlich zu einem Schwerpunkt Health of Students weiterentwickelt wurde.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Der Schwerpunkt Health of Students umfasst die folgenden drei Säulen:

- Peer-Support (Betreuungsprogramm)
- Lehre (Wahlfächer und Pflichtlehre)
- Forschung zur Studierendengesundheit

Im Zuge des Angebotes stehen höhersemestrige und speziell geschulte Studierende (Peers) zur Beratung, Begleitung (Mentoring) und „Hilfe zur Selbsthilfe“ während des Studiums zur Verfügung. Diese werden wiederum von Fachpersonen aus Psychiatrie, Psychotherapie und Psychologie ausgebildet, begleitet und supervidiert. Neben dem Beratungsangebot werden auch Lehrveranstaltungen angeboten sowie unterschiedliche Forschungsprojekte durchgeführt.

Ergebnisse:

Das Beratungsangebot umfasst unterschiedliche Fragestellungen des Studiums und Lebens. Wie kann die Gesundheit im Studium und späteren Beruf gefördert werden (Bspw. Wissensvermittlung zu Stress, Schlaf, Ernährung...)? Welche Techniken können die Gesundheit im Studium stärken (z. B. Entspannungstechniken, Stressmanagement, Lerntechniken)? Was kann zusätzlich bei den Herausforderungen des Alltages helfen (z. B. Lernplanerstellung, Reflexion über die eigenen Erfahrungen, Kontakte zu anderen psychosozialen Unterstützungsangeboten)? Zudem werden neben Einzelbetreuung im Peer-Support, ebenfalls laufend Workshops (bspw. zu Entspannungs- und Lerntechniken, Yoga), Vorträge (Soft Skills und Stressmanagement für Praktika) wie auch Mentoringangebote (Gruppenmentoring für Erstsemestrige zum Studienstart) angeboten. In der Lehre stehen insbesondere die beiden Wahlfächer psychosoziale Krisenintervention und Stressbewältigung (Vermittlung von Fertigkeiten der Krisenintervention im privaten Leben sowie für die spätere Patientinnen/Patienten-Betreuung) sowie Medical Humanities (Einsatz von geisteswissenschaftlichen Zugängen, um medizinrelevante Themen zu diskutieren; bspw. Medizingeschichte, Theaterbesuch, Buchbesprechungen) im Mittelpunkt. Zudem wurden themenrelevante Lehrveranstaltungen in der Pflichtlehre etabliert. In der Forschung liegt der Fokus auf gesundheitsförderliche Faktoren im Studium mit lokalen und internationalen Forschungsprojekten.

Lernerfahrungen:

In den vergangenen zehn Jahren ist die Relevanz von gesundheitsförderlichen Maßnahmen an den Hochschulen generell deutlicher in den Fokus gerückt. Insbesondere seit Beginn der Corona-Pandemie erlebt das Peer2Peer-Programm bis zu einer Vervierfachung der Anfragen im Peer-Support sowie eine Zunahme der Komplexität der Fragestellungen der betroffenen Studierenden (bspw. eigenes Anspruchsverhalten, Schwierigkeiten Distance Learning, finanzielle Herausforderungen, Vorbelastungen). Eine Stärkung gesundheitsförderlicher Angebote an den Hochschulen und damit verbunden eine stärkere Forschung zu gesundheitserhaltenden Maßnahmen, speziell im Setting Hochschule, scheint daher nötig zu sein.

10.3. Gesundheitskompetenz stärken im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung: Lessons Learned

Beitrag aus der Forschung

Autorinnen: Elisabeth Nöhammer, Irene Prietl / UMIT Tirol

Kontakt: elisabeth.noehammer@umit-tirol.at

Hintergrund und Zielsetzung:

Für Interventionen zur Verbesserung der individuellen Gesundheitskompetenz können etablierte Settings und die dortigen Gesundheitsförderungsprogramme genutzt werden. Unternehmen können dabei eine wichtige Rolle spielen und auch spill-over-Effekte ermöglichen. Welche Ansatzpunkte sich anbieten und welche Notwendigkeit für den Einbezug von Gesundheitskompetenz in der Betrieblichen Gesundheitsförderung bestehen, ist nicht nur für die Praxis von hoher Bedeutung. Welche Lessons Learned aus einem Praxisprojekt ableitbar sind, wird hier beleuchtet.

Maßnahmenbeschreibung / Methodik:

Die Untersuchung fand in einem Industrieunternehmen statt. In einer quantitativen, fragebogenbasierten Erhebung der Gesundheitskompetenz wurden zusätzlich Fragen zu demografischen Kriterien und zur Bekanntheit und Nutzung der internen Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) gestellt. Die Daten wurden mit SPSS ausgewertet, dabei wurden vor allem Korrelations- und Regressionsanalysen sowie Gruppenvergleiche genutzt (Mann-Whitney-U-Test, t-Tests). Offene Fragen wurden qualitativ ausgewertet.

Ergebnisse:

Es nahmen 143 Personen an der Querschnitterhebung teil, die Rücklaufquote betrug knapp unter 80%. Die Befragten sind großteils männlich und relativ jung – ca. 50% sind unter 35 Jahren alt. Das Angebot der BGF ist gut bekannt, insbesondere bei älteren Personen. Eine Nicht-Nutzung trotz Bekanntheit der Angebote liegt bei insgesamt 23% vor, unter 50% kennen und nutzen das Angebot. Auf die offene Frage, welche, werden v.a. Ernährungsangebote genannt, aber auch sekundärpräventive Maßnahmen und Fitnessangebote. Die Gesundheitskompetenz (GK) inkl. Subindizes ist bei mehr als 50% limitiert, vor allem der Subindex GK Prävention hat hohe inadäquate Anteile, aber auch etwas größere Streuung. Die mittleren und höheren Altersgruppen fallen durch schlechtere Werte der GK auf, während die (sehr kleine) Gruppe 56+ sehr gute Werte erzielt. Ebenso weist die Gruppe der 18- bis 25-Jährigen (20,3% der Befragten) mit 57,1% eine exzellente oder ausreichende GK auf. Es bestehen Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der GK, dem subjektiven Gesundheitszustand und dem Alter.

Lernerfahrungen:

Gesundheitskompetenz kann im Rahmen der BGF integriert und gesteigert werden. Hierfür sind verschiedene Angebote geeignet. Im Idealfall erfolgen Empowerment sowie interne Vernetzung über eine partizipative Erstellung von Maßnahmen basierend auf Bedürfnissen und Wünschen der Belegschaft. In vielen Fällen ist Advocacy unabdingbar, vor allem bei gering ausgeprägten Werten der Gesundheitskompetenz. Die enge Zusammenarbeit mit Arbeitsmediziner:innen wird empfohlen, insbesondere bei Vorliegen von wenig Kompetenzen zum Thema Prävention.

10.4. BGF in der Arbeitswelt 4.0 – Hauptergebnisse der Evaluation und Handlungsempfehlungen

Beitrag aus der Forschung

Autor: Ludwig Grillich / Universität für Weiterbildung Krems, Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation

Kontakt: ludwig.grillich@donau-uni.ac.at

Zusammenfassung:

Die Arbeitswelt befindet sich zunehmend im Wandel, der durch eine Reihe von Merkmalen charakterisiert ist, wie beispielsweise dem vermehrten Einsatz digitaler Technologien bzw. der Digitalisierung der Arbeitswelt. Dies führt auch zu veränderten Normen und Verhältnissen im Arbeitsleben.

Bedingt durch diese Veränderungen sind unter dem Schlagwort „Arbeit 4.0“ neue sektorenübergreifende Veränderungen der Arbeitsformen bzw. -verhältnisse und ihre Auswirkungen auf Gesundheit bzw. Wohlbefinden am Arbeitsplatz in den Brennpunkt der Aufmerksamkeit gerückt. Die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) spielt eine entscheidende Rolle dabei, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Unternehmen auf diese Herausforderungen vorzubereiten.

Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) stellte 2018 das Thema „BGF in der Arbeitswelt 4.0: Digitalisierung, Gesundheitskompetenz und faire Gesundheitschancen“ erstmals mit einem Projektkall in den Fokus der Projektförderung. Insgesamt wurden 20 Projekte in Betrieben unterschiedlicher Branchen und Größen gefördert. Die Umsetzung wurde vom Zentrum für Evaluation der Donau-Universität Krems begleitend dokumentiert und übergreifend evaluiert.

Der Vortrag stellt die zentralen Evaluationsergebnisse vor, nennt die mit der Digitalisierung verbundenen Chancen und Herausforderungen und berichtet über Ansätze guter Praxis auf dem Weg zu einer gesunden Arbeit 4.0.

