

Österreichische Gesellschaft
für Public Health
www.oeph.at

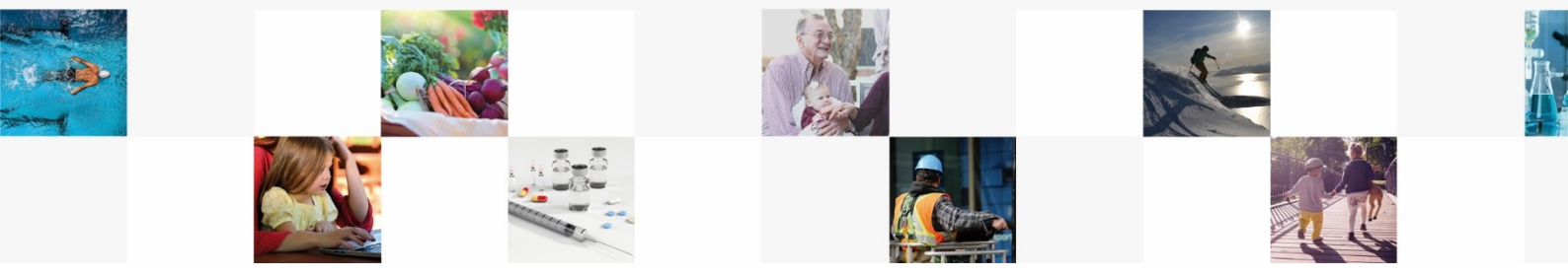
Österreichische Gesellschaft für
public  health

ÖGPH-Newsletter Dezember 2021

ISSN: 2309-2246

Inhalt

1.	Editorial	2
2.	Neues zu Covid	3
3.	Berichte von Projekten & Originalarbeiten	16
4.	Neue Projekte & Wissenswertes	22
5.	Fort- und Ausbildung	31
6.	Impressum	33



Editorial

Daniela Rojatz für den ÖGPH-Vorstand

Liebe Public Health Community!

Die COVID-19 Pandemie hält uns weiter in Atem. Viele Beiträge haben uns rund um die Pandemie und ihre Auswirkungen erreicht. Daher haben wir eine neue Rubrik „Neues zu Covid“ ergänzt. Die COVID-19 Pandemie hat alle Menschen getroffen, einige aber ganz besonders, darunter Kinder und Jugendliche, aber auch ältere Menschen. Aus diesem Grund erscheint in dieser Ausgabe des ÖGPH Newsletters ausnahmsweise ein längerer Artikel zu Auswirkungen der Pandemie auf ältere Menschen, anhand des Beispiels Schweden, einem Land das zur Pandemiebewältigung etwas andere Wege eingeschlagen hat, als Österreich. Dennoch soll dieses Beispiel zu Diskussionen anregen und es können Lehren gezogen werden.

Gerade in Zeiten der Pandemie braucht es auch eine Plattform für wissenschaftlichen Austausch und Vernetzung. Die ÖGPH-Tagung bot bisher und bietet auch künftig ein derartiges Forum. Wie im letzten Newsletter angekündigt, planen wir für 2022 die 25. wissenschaftliche Jahrestagung der ÖGPH. Planbarkeit und Pandemie stehen leider weiterhin in einem Spannungsverhältnis zueinander. Daher haben wir

im Vorstand entschieden zur Planungssicherheit aller, die Tagung online abzuhalten.

Wir werden mit Hilfe Ihrer Einreichungen abwechslungsreiches Programm zusammenstellen und wissenschaftliche Public Health Aktivitäten in Österreich vor den Vorhang holen.

Bitte reservieren Sie sich schon jetzt das Datum:

Die Tagung wird am 17.5.2022 stattfinden.

Der Call for Abstracts startet im Jänner 2022.

Die Tagung haben wir, wie in der Vergangenheit schon erfolgreich praktiziert, in die European Public Health Week 2022 (16.05.2022 – 22.05.2022) eingebettet, um ein starkes Zeichen der Public Health Community in Österreich zu setzen.

Mit diesem Ausblick verabschieden wir ein arbeitsreiches und herausforderndes Jahr 2021 und wünschen Ihnen und Ihren Lieben erholsame Feiertage und ein Gesundes Neues Jahr 2022!

Ihr ÖGPH-Vorstand

SAVE THE DATE MAI 2022

Osterreichische Gesellschaft für
public health

25. Wissenschaftliche Jahrestagung
 der ÖGPH

17. Mai 2022
 ONLINE-TAGUNG

Call for Abstracts startet im Jänner!

1							
2	3	4	5	6	7	8	
9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	
23	24	25	26	27	28	29	
30	31						

Neues zu Covid

Altern in der Zeit von „Corona“. Sozial psychiatrische Erwägungen aus einer europäischen Public Health Perspective. Beispiel Schweden und daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen. Übersichtsarbeit zu Long-Covid Versorgungspfaden



Wolfgang Rutz

Karolinska Institutet, Sweden
Uppsala University, Uppsala, Sweden
University of Applied Sciences Coburg
wolfgang@rutz.se

Thomas E. Dorner

Karl-Landsteiner Institute for Health Promotion Research, Sitzenberg-Reidling, Austria
Department for Social and Preventive Medicine, Centre for Public Health, Medical University Vienna
thomas.dorner@bvaeb.at

Einleitung

Die „Corona“- COVID-19-Pandemie ist ein Public Health Problem, das einen dramatischen Einfluss auf die Weltbevölkerung hat. COVID-19 und die Konsequenzen daraus betreffen alle Bereiche der Gesellschaft: Arbeit, Wirtschaft, Einkommen, Soziale Netzwerke, Lebensstil und Konsumgewohnheiten, Technisierung, Ernährung, Reisen, Verkehr und Umwelt, Kommunikation, Kultur, Bildung, etc. um nur einige zu nennen. Dies sind Faktoren, die wir gewohnt sind, als Determinanten der Gesundheit zu sehen. Und wie sehr die Beeinflussung dieser Determinanten durch politische Maßnahmen der Virusbekämpfung auch die Gesundheit der Bevölkerung beeinflussen wird, lässt sich derzeit nur erahnen und wird uns in den nächsten Jahren und Jahrzehnten sehr stark beschäftigen [1].

Die negativen gesundheitlichen, sozialen und psychischen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie betreffen nicht alle Menschen gleich. So sind etwa Personen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status viel schwerer betroffen [2]. Aber auch ältere Menschen leiden unter dieser Pandemie in besonderem Maße. Vor allem aufgrund eines hohen Maßes an Multimorbidität besteht für ältere Menschen ein besonderes Risiko für ernsthafte und lebensbedrohende gesundheitsschädliche Folgen. Als maximale Risikopopulation für einen besonders gravierenden Verlauf im Falle von SARS-CoV-2 gelten sie als besonders schützenswerte Gruppe. Viele, mitunter sehr einschneidende Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie für die gesamte Bevölkerung werden damit gerechtfertigt, dass es gilt, die ältere Population vor COVID-19 zu schützen. Daraus resultiert einerseits Isolation, soziale Verarmung und Vereinsamung, andererseits aber auch eine



entsprechende soziale Stigmatisierung älterer Menschen. Dies hat weitreichende Konsequenzen für die Gesundheit älterer Menschen, beeinflusst aber auch das soziale Gefüge der gesamten Gesellschaft. Während die Verringerung der Zahl der Todesopfer aufgrund von COVID-19 auf das niedrigste mögliche Niveau natürlicherweise im Mittelpunkt der nationalen Interventionen und wissenschaftlichen Bemühungen stand, wird daher zunehmend über die möglichen nachteiligen Folgen der Pandemie für die psychische Gesundheit berichtet [3]. Abgesehen von der medizinischen Perspektive und den erhöhten Sterblichkeitsraten aufgrund von COVID-19 bei älteren Menschen sollten im Hinblick auf die Folgen für diese gefährdete Bevölkerungsgruppe verschiedene Dimensionen berücksichtigt werden

Altern in einer historischen und gesellschaftlichen Perspektive

Betrachtet man den sozialen Status älterer Menschen in der Entwicklung verschiedener Kulturen und Gesellschaften aus historischer Sicht, so findet man deutliche Unterschiede, in der Art wie die „Älteren“ in verschiedenen regionalen Kulturen oder Phasen der Menschheitsgeschichte behandelt, gesellschaftlich geschätzt und hierarchisch positioniert werden. In einigen Ländern existiert eine Art „Gerontokratie“, einschließlich der Wertschätzung und manchmal Verehrung einer hoch angesehenen älteren Generation. In diesen Kulturen wird der Weisheit und der Erfahrung älterer Menschen in Beratungsgremien, Lenkungsausschüssen und auch religiösen Traditionen Respekt gezollt, was sich in ihrem hohen Status in der Gesellschaft deutlich widerspiegelt. Die Zehn Gebote des Alten Testaments, die Grundsätze der Gerontokratie im antiken Griechenland und die Verehrung und manchmal Ikonisierung älterer und ehemaliger Generationen in den östlichen Religionen sind ein Zeichen dafür [4].

Im Gegensatz dazu findet man in anderen Zivilisationen eher „utilitaristische“ Traditionen – manchmal wiederum eingebettet in religiöse Formen und Rituale. Beispiele sind Kulturen, in denen ältere Menschen als nutzlose Last angesehen werden, die nicht mehr zum gesellschaftlichen oder familiären Mehrwert beisteuern. Zu nennen wären gewisse römische und skandinavische Traditionen oder japanische Sitten eines Aufstiegs und Verschwindens auf heiligen Bergen [5, 6].

Noch heute beeinflusst die Sichtweise, das Altern und Ältere als Belastung zu erleben, die Diskussionen über das Ende des Lebens in westeuropäischen Ländern und kommt damit sowohl dem depressiven Selbst-Erlebnis vieler Älterer als auch den gesellschaftlichen Anforderungen mancher utilitaristischen Sparpolitik im Gesundheitswesen entgegen. Dabei wird im Streitgespräch häufig ein Schwerpunkt auf das vermeintlich humanistische Recht der Möglichkeiten eines „menschenwürdigen“ und assistierten Todes gelegt, bei denen zeitweilig materialistische Beurteilungen gefällt werden über den jeweiligen „Wert eines Lebens“ älterer Menschen im Vergleich zu dem jüngerer Personen. Solche Diskurse finden in den Benelux-Ländern, der Schweiz, Kanada und zunehmend auch in den USA, Deutschland und Schweden statt [7]. Die im internationalen Vergleich niedrige Positionierung Älterer in der schwedischen Gesellschaft könnte hier eine einflussnehmende Rolle spielen [8].

Demgegenüber steht eine immer stärker werdende Tendenz – insbesondere in Public Health – das Alter nicht als Krankheit oder als defizitäreren Lebensabschnitt zu betrachten, sondern als Lebensabschnitt mit vorhandenen und noch zu erschließenden Gesundheitsressourcen, die helfen trotz möglicher Beeinträchtigungen eine hohe Lebensqualität, Selbständigkeit und soziale Teilhabe aufrechtzuerhalten [9]. Damit geht einher, ältere Menschen nicht lediglich als eine



zu versorgende Population wahrzunehmen, sondern als aktive Gruppe, die in der Gesellschaft einen wichtigen Platz hat und sie mitgestaltet.

Die Wahrnehmung und Wertschätzung des Alters scheint daher auch heute den Grad der sozialen Eingliederung älterer Menschen in die Gesellschaft zu beeinflussen. Dies spiegelt sich sicherlich in deren Gesundheitszustand – insbesondere der psychischen Gesundheit – und den gesellschaftlichen Strategien zur Bewältigung der Gesundheitsprobleme älterer Menschen wider.

Determinanten der psychischen Gesundheit im Alter

Die psychische Gesundheit im Alter kann aus verschiedenen Perspektiven diskutiert werden. In einer holistischen bio-psycho-sozialen und existenziellen Sichtweise können wir vier Domänen postulieren, die für die Fähigkeit und Bereitschaft der Menschen entscheidend sind, physisch gesund zu bleiben, keine Psychopathologie zu entwickeln und das Leben als lebenswert zu betrachten [10, 11]:

- Sinnhaftigkeit und das Gefühl eines „überindividuellen“ Zusammenhalts, auch in einem existenziellen und spirituellen Kontext.
- Würde und Respekt, als Person mit eigenem Wert behandelt zu werden, mit persönlicher Identität, ohne Demütigung, mit Würde und Status respektiert zu werden,
- Soziale Wertschätzung und Liebe, das Erlebnis, dass sich jemand um einen kümmert, aber auch die Möglichkeit, anderen helfen zu können, sich sozial bedeutsam zu fühlen und partnerschaftlichen, familiären und anderen sozialen Zusammenhalt zu erfahren,
- Selbstbestimmung, Verantwortung für das eigene Leben zu erfahren und auszuüben, Möglichkeiten zu haben, die eigenen Lebensbedingungen zu beeinflussen, nicht hilflos zu sein;

Diese Bereiche sind für das Leben älterer Menschen von entscheidender Bedeutung und sollten in Zeiten einer Pandemiekrise und auch in nationalen Vorschriften nach dem Ausbruch von COVID-19 die größte Aufmerksamkeit erhalten [12]. Diesbezügliche Vorschriften zielen bis jetzt auf „soziale Distanzierung“ oder – besser gesagt – auf „physische Distanzierung“ ab und haben das Risiko von Einsamkeit und sozialer Isolation für ältere Menschen als einer der am stärksten gefährdeten Gruppen erhöht. Es könnte auch geschlechtsspezifische Unterschiede geben. Ältere Frauen scheinen besonders anfällig für Vorschriften zu sozialer Isolierung zu sein, da sie öfters mit dem Gefühl reagieren, ihre soziale Bedeutung zu verlieren – mit einem Gefühl der „Nutzlosigkeit“ zur Folge, das schwer zu ertragen ist. Männer hingegen leiden häufiger unter dem erlebten Verlust des sozialen Status in der Gesellschaft und als verantwortlicher Versorger im familiären Gefüge – mit einem steigenden Gefühl des Mangels an Respekt, Würde und Selbstachtung als Konsequenz [13, 14].

Unabhängig von den geschlechtsspezifischen Besonderheiten besteht für beide Geschlechter die Gefahr, dass sie stark leiden unter dem eingeschränkten Zugang zu anderen Menschen, Freunden und Familienmitgliedern, den Kommunikationsschwierigkeiten und dem Mangel an Möglichkeiten für einen analogen und direkten Kontakt „im wirklichen Leben“ mit Kindern, Enkelkindern und Umwelt. Eine immer noch existierende „digitale Kluft“, in der große Teile der älteren Bevölkerung sich nicht an „soziale Medien“ gewöhnt haben und sich in der virtuellen digitalen Kommunikation ziemlich alliteriert benehmen, ist hier ein erschwerender Faktor [3].



Der Europäische Umgang mit älteren Menschen in der COVID-19-Krise

Die unterschiedlichen nationalen Vorschriften, die zur Bewältigung der aufkommenden Pandemiekrise erlassen wurden, entsprechen natürlich der nationalen Infrastruktur und der soziokulturellen Tradition, dem „Zeitgeist“ der jeweiligen Gesellschaft und beeinflussen die Gestaltung der Gesundheitssysteme und der Altenversorgung. Wenn man Europas Vielfalt betrachtet, bekommt man auch das Gefühl einer starken Unterschiedlichkeit des psychischen Wohlbefindens der älteren Bevölkerung auf dem Kontinent. Suizidzahlen können in Europa und anderswo häufig als Haupt- und relativ messbarer Indikator für den psychischen Gesundheitszustand einer Bevölkerungsgruppe angesehen werden, zum Beispiel älterer Menschen. Es gibt kaum einen mentalen Zustand, in dem Menschen mehr psychisch leiden als in einer Situation, in der der einzige Weg, aus einer der existenziellen Situation herauszufinden, der Selbstmord zu sein scheint. Durchgeführte Selbstmorde werden in ganz Europa unter anderem von der Weltgesundheitsorganisation relativ genau und kontinuierlich registriert – auch wenn Unsicherheiten vorliegen, wie in jeder epidemiologischen Situation. So unterscheiden sich die Suizidraten älterer Menschen in verschiedenen Teilen der europäischen Region stark, und die spiegeln den psychischen Zustand dieser Bevölkerungsgruppe wider [15]. In einigen Regionen gibt es sehr niedrige dokumentierte Suizidraten, z.B. in den Kaukasusländern, in Zentralasien und auch in Südeuropa, wo es einen aufrechten Generationenvertrag gibt und ältere Menschen traditionell großen Respekt genießen und sowohl offiziell als auch informell eine wichtige Rolle in der Gemeinschaft spielen. In einigen west-, mittel- und nordeuropäischen Ländern hingegen sind hohe oder steigende Zahlen für Suizide zu verzeichnen. Diese Zahlen spiegeln wahrscheinlich eine andere soziale, psychologische und so-

gar existenzielle Situation wieder – von unrealistischen Fokussierungen auf Bedürfnisse der Jugend, die Verherrlichung jugendlicher Lebensweisen bis hin zur Akzeptanz einer Auflösung des traditionellen familiären Zusammenhalts und der oft damit einhergehenden Säkularisierung religiöser Traditionen. Auch das Verschwinden früherer Generationenverträge, das Vorhandensein struktureller Beschäftigungsvorschriften und einer Arbeitspolitik, die ältere Menschen benachteiligt führen manchmal zu „ageistischen“ Diskriminierungspraktiken, bei der die kulturelle und gesellschaftliche Bedeutung älterer Menschen vernachlässigt, heruntergeredet, minimalisiert und manchmal lächerlich gemacht wird. In einigen Ländern ist das Ergebnis ein erheblicher Mangel an existenzieller Unterstützung, den die ältere Generation spürt und auch berichtet.

Ältere Menschen in Schweden während des Covid-19-Ausbruchs

Um die Herausforderungen der nationalen Regierungen beim Schutz älterer Menschen bei einer anhaltenden Pandemie in Europa zu illustrieren, kann Schweden hier ein anschauliches Beispiel sein. Schweden ist dafür bekannt sich entschieden zu haben, die Public Health Bedrohung durch die COVID-19-Krise mit einem anderen Ansatz anzugehen, als dies andere Ländern tun.

Das schwedische Gesundheitsinstitut hat, beauftragt und unterstützt von der schwedischen Regierung, verschiedene Vorschriften erlassen, um Infektionen mit COVID-19 bei älteren Menschen zu verhindern, insbesondere indem man Älteren strikt rät sich in soziale Distanz zu begeben und Angehörigen empfahl, ihre älteren Familienmitglieder nicht zu besuchen. Nach Berichten über Infektionen in Altenheimen beschloss die Regierung, diese Besuche regelrecht zu verbieten. Rückblickend auf 2020 hat trotz dieser Maßnahmen die altersgruppenbedingte Morbidität und Mortalität aufgrund von SARS-CoV-2 bei Menschen über 70 Jahren dramatisch



zugenommen. Die Morbidität bei mit COVID-19 infizierten Menschen, gemessen am Prozentsatz der Bevölkerung, ist in Schweden dramatisch höher als in den skandinavischen Nachbarländern – mit mehr als 80 Prozent der COVID-19- (mit) bedingten Todesfälle im Alter von 70 Jahren und darüber.

Ein fortlaufender Mangel an Ressourcen für die Intensivpflege hat zeitweise zu selektiven „Triage“-Empfehlungen lokaler Behörden geführt, von denen man jetzt wieder Abstand nimmt. Es gibt Anzeichen dafür dass hier Einsparungen an Personal und Pflege - Kräften, kostensparende Anstellungs-Verhältnisse und ein Mangel an medizinischer Ausrüstung inklusive Schutz- Ausrüstungen in Folge der Einführung eines marktwirtschaftlichen „New Public Management“ im Zuge von zunehmenden Privatisierungen hier eine Rolle spielen [16, 17].

Ohne jemals von staatlicher Seite offiziell zu sein, wurden diesen Empfehlungen wurde jedoch zeitweilig regional gefolgt. Sie bauten – trotz lebhafter Diskussion – auf einer Beurteilung von Gebrechlichkeit („Frailty“) und der ferneren Lebenserwartung auf, ausgehend vom biologischen und chronologischen Alter in Verbindung mit prognostischen Überlegungen zur Behandelbarkeit von Komorbiditäten. Ausgehend von dieser Entscheidungsgrundlage wurden Beurteilungskriterien empfohlen, nach denen Patientinnen- und Patientengruppen angesichts einer vorausgesetzten Ressourcenknappheit beim Zugang zu lebensrettender Intensivbehandlung mit Atemunterstützung etc. priorisiert werden sollten. Der öffentliche Diskussionsbeitrag eines früheren Finanzministers vor einigen Jahren wurde in darauffolgender Debatte aktualisiert. Seine Beschreibung des älteren Teils der schwedischen Bevölkerung war das Bild eines „Fleischberges“, der zu problematischen wirtschaftlichen Folgen führe. Pflegepersonen, Ärztinnen und Ärzte, ältere Parlamentarier und kürzlich eine hoch angesehene Schriftstellerin, die früher zur schwedischen Akademie

gehörte, bezogen sich auf die oben zitierte Erklärung des Ministers, protestierten und eine polarisierte Diskussion fand statt [10]. Darüber hinaus wird in den Massenmedien eine tiefgreifende soziale Isolation sowohl von älteren Menschen als auch von Verwandten gefühlt und beschrieben. Auch das Gesundheitspersonal berichtet über „ethischen Stress“. Nach Angaben einer verantwortlichen gemeinnützigen Organisation haben sich während 2010 die Kontakte älterer Menschen zu deren „Helpline“ zur Selbstmordprävention etwa verfünffacht [18].

„Lessons learned“, Beispiel Schweden

Eine Gesellschaft – wie es von einem schwedischen Sozialpsychiater ausgedrückt wurde – hat wie ein Sinfonieorchester die Aufgabe, unterschiedliche Instrumente zu respektieren und die unterschiedliche Partituren mit einer Vielzahl von Stimmen zu einer Harmonie zu vereinen, die empfunden und gelebt werden kann. In Schweden – aber nicht nur hier – drücken viele Vorschriften und verbindliche Empfehlungen im Zusammenhang mit der Bewältigung der Pandemiekrise Vorlagen und allgemeine Richtlinien aus, die versuchen, Personen und "Fälle" an ein Prokrustesbett konformistischer und gleichstellungsorientierter Ideologien anzupassen. Unter oft finanziell motivierten Vorwänden der Gleichbehandlung und Gerechtigkeit wird die individuelle Persönlichkeit auf eine Art und Weise gleichgerichtet, welche die Vielfalt von älteren Menschen nicht respektiert, die dazu neigen, im Alter noch individuell unterschiedlicher zu werden als in jüngeren Jahren. „One Size Fits All“ – Strategien sind im höheren Alter am allerwenigsten anwendbar. Die immer unterschiedlicheren Persönlichkeitsmerkmale älterer mussten daher zwingend dazu führen, die offensichtlichen und manchmal dramatischen Bedürfnisse der älteren Bevölkerung in einer personenzentrierten und respektvollen Weise individuell zu begegnen.



Wie bereits erwähnt, hat Schweden bis jetzt eine der höchsten Covid 19 - Morbiditätszahlen und Mortalitätszahlen in Europa, insbesondere bei älteren Menschen und bei Männern, Zahlen, die um ein Vielfaches höher sind als in Nachbarländern, z.B. Finnland. Als Gründe hierfür werden unter anderem die Orientierung an messbaren Quantitäten, und die Einführung eines manchmal krassen marktwirtschaftlichen Denkens in der Altenpflege diskutiert [19].

Diese hat oft zu erheblichen wirtschaftlichen Einschränkungen und einer Vernachlässigung individualisierter personalisierter Dienstleistungen geführt, gefolgt von einer Verringerung der Fähigkeit, die Lebenszeit älterer Menschen zu verlängern, Probleme einer adäquaten Sicherheitsausstattung des Personals in COVID-19-Zeiten zu lösen und isolationsbedingten Defiziten in der Lebensqualität älterer Menschen entgegenzuarbeiten.

Besonders problematisch hierbei war die zeitweise schwedische Entscheidung, den Gebrechlichkeitsstatus älterer Menschen in die Triage miteinfließen zu lassen. Als einer der wesentlichen Risikofaktoren für die Entwicklung von „Frailty“ gilt nämlich Mangel an sozialer Interaktion (neben Mangel an körperlicher Aktivität und Mangelernährung) [20]. Somit sind ältere Menschen doppelt betroffen: einerseits werden sie als eine der COVID-19-Maßnahmen sozial isoliert und haben dadurch ein erhöhtes Risiko „frail“ zu werden, andererseits führt dann eine höherer Grad an „Frailty“ bei gleichzeitigem SARS-Cov-2 dann auch noch zu einer schlechteren Chance auf ausreichende medizinische Versorgung.

Die psychologischen, medizinischen und existenziellen Mängel werden gerade in Schweden von Teilen der älteren Bevölkerung ziemlich dramatisch erlebt. Dies geschieht in Kontrast zu einem früher verbreiteten Gefühl des als harmonischen erlebten sozialen Schutzes im Wohl-

fahrtsstaat – in Schweden als „Folkhemmet“ bezeichnet –, einer solidarischen Gesellschaft, in der Sicherheit und ein Gefühl der Geborgenheit, insbesondere bei Schwachen, Kranken und älteren Menschen deutlich politisch angestrebt wurde und auch existierte. Dieses „Folkhem“ war von der heutigen älteren Generation aufgebaut worden, wurde international als das schwedische Modell bekannt, und führte zu der Annahme, dass dieser soziale Schutz in Stein gemeißelt und für die Zukunft gesichert sei. Heute sind diese Sicherheitsmechanismen geschwächt und teilweise nicht mehr gegeben. Darüber hinaus besteht auch das Risiko, dass die Pandemievorschriften zu einer anhaltenden sozialen Isolation älterer Menschen führen. Auch wenn es wirklich gelingen würde, ältere Menschen vor der COVID-19-Infektion zu schützen, könnte das dazu führen, dass eine zeitweilig angestrebte Herdenimmunität die überlebenden älteren Menschen zuletzt erreichen würde, mit der Folge, dass sie am längsten in Isolation und sozialer Distanz leben müssten – wiederum mit dem Risiko einer erhöhten „Frailty“ als Folge. Dies wurde bereits in der gesellschaftlichen Diskussion vorhergesagt. In diesem Fall käme es zu weiterer Isolation, Angstzuständen, Depressionen, und „Frailty“ und damit zu weiteren Problemen, wie Hilfsbedürftigkeit und Abhängigkeit samt sozialer Erschöpfung individuell sowie im Umfeld der Betroffenen.

Schweden ist in der beschriebenen Situation und den sich daraus ergebenden Schwierigkeiten international nicht allein. Auch werden aktiv und Ressource- aufwendig Projekte zur Unterstützung älterer Menschen von der Regierung ins Leben gerufen. Lokal gibt es auch immer häufiger positive Beispiele, die eine Renaissance spontaner altruistischer und generationenübergreifender Aktivitäten zeigen, bei denen sich Menschen gegenseitig helfen, sich in riskanter Gesundheitsfürsorge und Krankenversorgung engagieren, oder auch freiwillige Verantwortung für die



Unterstützung von Nachbarn und Angehörigen übernehmen.

Überlegungen zum Handeln:

Altern als Chance für die Gesellschaft.

Ältere Menschen sind eine häufig übersehene Ressource. Sie verfügen oft über bessere, auf jeden Fall unterschiedliche Bewältigungsstrategien, gereifere Perspektiven, eine mehr ausgeprägte Sensibilität für Demütigung und Identitätsverlust, aber auch die Fähigkeit, andersartige Wege zu Resilienz und Compliance zu entwickeln. Therapeutische und strategische Allianzen sind hier von entscheidender Bedeutung und setzen das Engagement von Therapeutinnen und Therapeuten, Kontaktpersonen und Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen voraus, die über eigene Erfahrungen mit altersbedingten Lebensereignissen und Krisen verfügen und der Kultur der Menschen nahe sind, denen sie begegnen. Darüber hinaus scheinen ältere Menschen oft altruistischer, belastbarer und weniger kontrollierend zu sein. Ihre soziale Kompetenz ist oft bedeutend. Dies macht die Einbeziehung von Benutzern, Verwandten und Personen mit eigenen Reifungs- und Alterungserlebnissen erforderlich, um sie in Forschung sowie der Entwicklung adäquater Strategien engagieren.

Partizipation: Um unsere unterstützenden und therapeutischen Angebote für die ältere Bevölkerung zu kommunizieren, zu koordinieren und weiterzuentwickeln, müssen wir die Tatsache respektieren, dass sich für die ältere Bevölkerung aus der „digitalen Kluft“ große Hindernisse ergeben können, digital angebotene Lösungen zu verstehen und zu nutzen. Daher erscheint es wichtig, das Fachwissen und die Ratschläge älterer Menschen nach dem Motto „Nothing about me without me“ als Anwenderkompetenz auszuschöpfen. Es scheint auch wichtig, ausschließlich digitale Interventionen und unterstützende Therapien zu vermeiden. Bei der Unterstützung

älterer Menschen – und nicht nur bei ihnen – ist oft eine persönliche Begegnung entscheidend. Darüber hinaus müssen ältere Menschen wieder und auf neue Weise als die Ressource gesehen werden, die sie wirklich sind. Wir benötigen sie sowohl bei der Entwicklung individueller Dienstleistungen als auch beim Design von Unterstützungs- und Hilfsstrategien sowie innerhalb notwendiger Evaluierungsforschung und -umsetzung. In der schwedischen Diskussion wurde eine solche Beteiligung iterativ gefordert, aber selten ausreichend realisiert.

Individualisierung: Des Weiteren muss die Erbringung von Dienstleistungen für ältere Menschen individuell und kulturell angepasst und werteorientiert werden, z. B. bei der Begegnung mit Einwandererpopulationen. Dabei gehören die individuellen kulturellen Besonderheiten von Gruppen und Einzelpersonen und ihr durch Isolation verursachtes Leiden berücksichtigt – sowohl in Bezug auf die betroffenen älteren Menschen als auch ihrer nächsten Angehörigen. Unterstützung sollte in interdisziplinären, ganzheitlichen und mehrdimensionalen, multisektoralen Ansätzen, in multiprofessioneller Teamarbeit und mit Sensibilität für transkulturelle und individuelle Werte erfolgen. Zusätzlich muss bedacht werden, dass bei traumatischen Lebensereignissen, im Krisenmanagement sowie bei psychologischer, sozialer und existenzieller Hilfestellung bei Älteren oft andersartig gearbeitet werden muss als bei jüngeren Erwachsenen. Hierbei braucht es einen ständigen Fokus auf die vier Determinanten von Gesundheit und psychischer Gesundheit, wie sie zuvor beschrieben wurden: Sinnhaftigkeit, Selbstbestimmung, soziale Signifikanz und persönliche Würde.



Schlussfolgerungen:

Wie ältere und schwache Menschen in einer Bevölkerung behandelt werden, ist der stärkste Indikator für den Grad an Demokratie, Menschlichkeit und Toleranz in einer Gesellschaft.

Wir leben in einer besonderen Zeit. Neue und alte Herausforderungen tauchen auf und verschärfen sich. Endemien, Epidemien und globale Migration müssen bewältigt werden und können im schlimmsten Fall eine vorrevolutionäre Situation schaffen. Im besten Fall wird jedoch eine globalere, tolerantere und transparentere Demokratie erwachsen. Paradigmen werden sich ändern. Es entsteht eine Atmosphäre von „Fin de Siècle“. Etwas Neues und Anderes scheint seinen Anfang zu nehmen.

In diesen Zeiten des Wandels wird die ganzheitlichere und umfassendere Wertschätzung der Intelligenz, Erfahrung, Weisheit und Perspektiven älterer Menschen eine entscheidende Ressource sein, der Menschheit bessere Überlebenschancen zu geben. Um dies zu realisieren, sind neue Paradigmen in unserer Art Älteren zu begegnen und sie respektvoll und unterstützend zu versorgen von entscheidender Bedeutung – personenzentriert, solidarisch, pluralistisch und tolerant – mit Strategien, die auf Respekt, Humanismus und Professionalität fußen.

Gerade in unserer europäischen Situation scheint entscheidend wichtig zu sein, ein Plädoyer für eine paradigmatische Systemveränderung zu formulieren, das uns hilft das Risiko für zukünftige gesellschaftliche und globale Herausforderungen zu bewältigen: virale und digitale Pandemien, Migrationswellen und klimatische sowie soziale „Tsunamis“. Hier muss älteren Menschen eine wichtige und in manchen Kulturen innovative Signifikanz eingeräumt werden, um zu notwendigen Lösungen beizutragen. Europas Flüchtlings- und Migrationswellen und die noch nicht absehbaren Folgen einer gesellschaftlichen Digitalisierung, die sowohl ältere

überfordert als auch kommenden Generationen – wenig human – physiologische Veränderungen im Kommunikations-, Perzeptions-, Sozialisierungs- und Empathie- Fähigkeit abfordert, sind hier dringender Anlass genug. „Zukunft braucht Herkunft“ – ein Herkunftsbewusstsein zu dem vor allem der ältere Teil unserer Bevölkerung einen für unsere Zukunft lebensnotwendigen Zugang hat.

Literatur

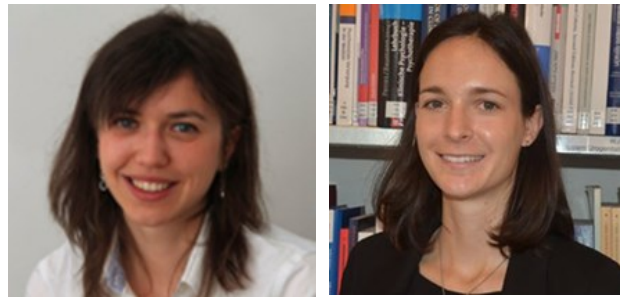
- [1] Dorner, TE. COVID-19 und was wir daraus lernen können. ÖGPH Newsletter 2020; 6: 2-3
- [2] Oberndorfer M, Dorner TE, Brunnmayr M, et al. Equally Affected? Health-Related and Socio-economic Adversities of the COVID-19 Pandemic in Vienna. (15.09.2020). Im Internet: <https://ssrn.com/abstract=3733369>; Stand 25.02.2021 und <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3733369>; Stand 25.02.2021
- [3] Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: 547-560
- [4] van Ess H. Ehrfurcht vor dem Alter? Alter in der chinesischen Geschichte. *Konfuzius Institut* 2016; 5: 12-19
- [5] Takahashi Y, Hirasawa H, Koyama K, et al. Suicide and aging in Japan: an examination of treated elderly suicide attempters. *Int Psychogeriatr* 1995; 7: 239-251.
- [6] Keefe A. An ethereal forest where Japanese commit suicide (23.02.2017). Im Internet: <https://www.nationalgeographic.com/photography/article/aokigahara-jukai-suicide-forest>; Stand: 25.02.2021
- [7] Boer TA. Stirbt der natürliche Tod? Interview von Andreas Öhler. *Die Zeit* 2020; 10. Im Internet: <https://www.zeit.de/2020/10/theo-a-boer-aktive-sterbehilfe-ethik/komplettansicht>; Stand: 25.02.2021
- [8] Puranen B. The social positioning of elderly in Sweden; *Sveriges Radio Program 1* (03.06.2020). Im Internet: <https://www.iffs.se/corona>; Stand: 25.02.2021
- [9] Kolland F, Dorner TE, Hrsg. *Gesundheitliche Lebensqualität im Alter: Ein interdisziplinäres*



- Handbuch für Health Professionals. 1. Aufl. Wien: MANZ Verlag, 2020
- [10] Rutz W. Positive health and health promotion: The WPA institutional program of psychiatry for the person in a European public health perspective. In: Salloum IM, Mezzich JE, ed. Psychiatric Diagnosis. Challenges and Prospects. 1st ed. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2009: 61-68
- [11] Rutz W. A need to rethink social psychiatry. Int J Public Health. 2007; 52: 137-139
- [12] Rutz W. A need to rethink social psychiatry in Europe. Lancet. 2004; 363: 1652
- [13] de Mendonça Lima CA, Levav I, et al.; World Health Organization/European Regional Office, Task Force on Destigmatization. Stigma and discrimination against older people with mental disorders in Europe. Int J Geriatr Psychiatry 2003; 18: 679-682
- [14] Rutz W. Salutogenetische Praktiken zur Bewahrung der psychischen Gesundheit Älterer. In: Vogt M, Hrsg. Lebens und Bedarfs- Lage im Alter. Herausforderungen für die Beratung, klinische Sozialarbeit und Geriatrie. Augsburg: Ziel Verlag; 2014:
- [15] Weltgesundheitsorganisation. "Gesundheit für alle" - Datenbank. Kopenhagen: Europäisches Büro der WHO; 2019
- [16] Ekman K. Coronakrisen har avslöjat oss som hyggliga människor. Dagens Nyheter (06.04.2020) Im Internet: <https://www.dn.se/kultur-noje/kerstin-ekman-coronakrisen-har-avslojat-oss-som-hyggliga-manniskor/>; Stand: 25.02.2021
- [17] Svenska Corona Kommissionen. Regeringskansliet. Regeringen välkomnar Coronakommissionens delbetänkande (15.12.2020) Im Internet: <https://www.regeringen.se/artiklar/2020/12/regeringen-valkomnar-coronakommissionens-delbetankande/>; Stand: 25.02.2021
- [18] Iversen C, Flinkfeldt M, Redmalm D et al. Äldres behov av anonyma relationer under COVID-19-krisen. Tidningen Mind (15.02.2021) Im Internet: <https://mind.se/aktuellt/aldres-behov-av-anonyma-relationer-under-covid-19-krisen/>; Stand: 25.02.2021
- [19] Zaremba M. Varför fick det äldre dö utan läkarvård? Dagens Nyheter (13.10.2020) Im Internet: <https://www.dn.se/kultur/varfor-fick-de-aldre-do-utan-lakarvard/>; Stand: 25.02.2021
- [20] Haider S, Grabovac I, Drgac D, Mogg C, Oberndorfer M, Dorner TE. Impact of physical activity, protein intake and social network and their combination on the development of frailty. Eur J Public Health 2020; 30: 340-346

Systematische Übersichtsarbeit zu Long-Covid Versorgungspfaden

Sarah Wolf, Judit Erdös
Austrian Institute for Health Technology
Assessment (AIHTA) Wien
sarah.wolf@aihta.at



Der Schlüssel für eine erfolgreiche Long-Covid-Versorgung liegt in der Kooperation unterschiedlicher medizinischer und therapeutischer Disziplinen. Zudem sollten Behandlungsentscheidungen immer gemeinsam von Ärzt*innen und Patient*innen getroffen werden. Das ergab eine kürzlich veröffentlichte systematische Übersichtsarbeit des Austrian Institute for Health Technology Assessment (AIHTA).

Long-Covid umfasst unterschiedliche Symptome wie Erschöpfung, Kurzatmigkeit, Geruchs- und Geschmacksstörungen, neurologische Störungen oder psychische Erkrankungen, die nach einer überstandenen SARS-CoV-2-Infektion bestehen bleiben bzw. erneut auftreten. Die neue Erkrankung belastet neben den Patient*innen und deren Familien auch die Gesellschaft, insbesondere den Arbeitsmarkt durch längere Krankenzustände. Vor diesem Hintergrund untersuchte das AIHTA, welche Empfehlungen es in ausgewählten europäischen Ländern (Großbritannien, Niederlande, Deutschland und Österreich) und den USA bereits gibt, um Long-Covid-Patient*innen bestmöglich zu versorgen.

Die Empfehlungen aus insgesamt 14 Quellen, darunter Leitlinien, Übersichtsarbeiten, Konsenspapiere und klinische Perspektiven, ergaben, dass in den meisten Ländern die ersten Anlaufstellen zur Abklärung der Symptome und Diagnose von Long-Covid zunächst Hausärzt*innen oder Primärversorgungszentren sein sollten. In manchen Ländern liegt der Fokus jedoch nicht nur auf der Primärversorgung. So können z.B. in

Großbritannien ehemals hospitalisierte Covid-19 Patient*innen mit Symptomen, die länger als 12 Wochen nach der akuten Infektion andauern, ihre Hausärzt*innen oder auch Krankenhausambulanzen aufsuchen. Für Long-Covid Patient*innen, die mehrere und/oder unspezifische Symptome aufweisen, wird für weitere Untersuchungen eine Überweisung an multidisziplinäre Long-Covid Spezialambulanzen empfohlen. Für anschließende Therapien wie z.B. Rehabilitation werden die Patient*innen meist weiterüberwiesen. Nur wenige Spezialambulanzen (vor allem in Großbritannien) bieten auch Therapien vor Ort an. Long-Covid Patient*innen mit einem dominanten Symptom sollten zur weiteren Abklärung an entsprechende Fachärzt*innen überwiesen werden. Darüber hinaus wird Selbstmanagement entweder als alleinige Therapie bei milderen Long-Covid-Symptomen oder als Ergänzung zu anderen Behandlungen bei moderaten bis schweren Symptomen empfohlen. Konkret sind darunter z.B. Bewegungstherapien zu Hause oder Stressabbau zu verstehen. In Großbritannien können Ärzt*innen auch die Teilnahme an einem Selbstmanagement-Onlineprogramm „The Your COVID Recovery Platform“ verschreiben.

Bezüglich Sozialleistungen haben Long-Covid Patient*innen die gleichen Ansprüche wie Patient*innen mit anderen (chronischen) Erkrankungen z.B. für arbeitsbezogene Leistungen, wie Krankenstand, Wiedereingliederungsteilzeit oder Umschulungsprogramme. Da ein Großteil der Long-Covid Patient*innen im arbeitsfähigen Alter ist, sollte die Vorbereitung für die Rückkehr



an den Arbeitsplatz ein wichtiger Aspekt der Long-Covid Versorgung sein.

Literatur

- Wolf, S. and Erdös, J. Long COVID care pathways: a systematic review. AIHTA Projektbericht Nr.: 135b; 2021. Wien: HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH

Soziale Faktoren der Pandemie

Sabine Haas

Gesundheit Österreich GmbH,

Nationales Zentrum Frühe Hilfen – NZFH.at

fruehehilfen@goeg.at



Die COVID-19-Pandemie zeigt, dass soziale Ungleichheit die Entwicklung einer Pandemie fördern und gleichzeitig eine Pandemie soziale Ungleichheit sichtbarer machen und verstärken kann. Es wird angenommen, dass Pandemien ebenso wie andere Public-Health-relevante Krisensituationen (z. B. in Folge des Klimawandels) in Zukunft auch in Ländern wie Österreich häufiger vorkommen werden und soziale Faktoren dabei jeweils eine große Rolle spielen werden.

Die GÖG hat sich daher im Jahr 2021 im Auftrag des BMSGPK mit Mixed-methods-Ansatz mit der Frage befasst, was hinsichtlich dieser Wechselwirkungen aus der aktuellen Pandemie gelernt werden kann:

- Literaturanalysen dienen der Aufbereitung des aktuellen Wissensstands und bezogen insb. Studien und Projekte aus Österreich mit ein.
- Ein – durch die LBG kofinanziertes – partizipatives Forschungsprojekt erhob mit Ko-Forschenden aus den jeweiligen Gruppen die Erfahrungen und Perspektiven von sozial benachteiligten Menschen wie z. B. wohnungslose Menschen, Sexarbeiter*innen,

Menschen in prekärer oder ohne Beschäftigung, Menschen

mit Migrationshintergrund oder Menschen mit körperlichen Einschränkungen bzw. psychischen Erkrankungen.

- Darüber hinaus wurde die aktuelle Datenlage dahingehend gesichtet, inwiefern diese Aussagen zu sozioökonomischen Faktoren in der Pandemie ermöglicht und dieses Thema in Daten-Workshops mit Fachleuten reflektiert und diskutiert.

Die Ergebnisse der verschiedenen Projektaktivitäten zeigen auf, dass auch in Österreich die Pandemie sozial bzw. sozioökonomisch nicht neutral ist, sondern benachteiligte Gruppen eine besonders große gesundheitliche wie soziale Last tragen. Aktuell werden auf Basis der Ergebnisse Schlussfolgerungen und Empfehlungen abgeleitet. Diese sollen u.a. Handlungsoptionen für eine verstärkte Berücksichtigung von sozialen und sozioökonomischen Faktoren in Public-Health-relevanten Krisen aufzeigen.

Der Endbericht wird voraussichtlich im Frühjahr 2022 vorliegen und über die Website der GÖG (<https://goeg.at/>) verfügbar sein.

Familien in Zeiten der Pandemie

Fiona Witt-Döring
Gesundheit Österreich GmbH,
Nationales Zentrum Frühe Hilfen – NZFH.at
fruehehilfen@goeg.at



Die ersten Lebensjahre sind besonders bedeutend für die gesundheitliche Entwicklung von Kindern. Belastende Lebenssituationen von Familien können sich in dieser Zeit daher negativ auf ihre Entwicklung auswirken. Im Zuge der aktuellen Corona-Pandemie hat sich gezeigt, dass sich die Situation von Familien häufig verschlechtert hat. Eine Befragung sollte dies genauer betrachten, um Empfehlungen für zukünftige Maßnahmen ableiten zu können.

Es wurden 62 Familien kontaktiert, die im Rahmen der Frühen Hilfen unterstützt wurden. Diese erteilten am Ende der Familienbegleitung in den Jahren 2020 bzw. 2021 ihre Zustimmung, für zukünftige Forschungsprojekte kontaktiert zu werden. Mit 7 Familien wurden Telefoninterviews geführt, 26 weitere Familien füllten einen Online-Fragebogen aus.

Die größten Herausforderungen der befragten Familien während der Lockdowns waren die verstärkte psychische Belastung (54 %), die Überforderung mit der Situation, dass alle zu Hause sind (50 %) und ganz besonders die fehlenden sozialen Kontakte (69 %): „Es fehlte mir und auch unserer Tochter der Austausch mit Gleichaltrigen – wir waren davor immer bei einem Krabbeltreffen.“

Auch die Familiensituation war häufiger angespannt (54 %) und es kam bei einigen sogar vermehrt zu Konflikten (39 %): „Alle hatten wenig Geduld, waren gereizt und angespannt und es gab mehr Streit.“

Verstärkter Unterstützungsbedarf bestand vor allem in Bezug auf die Kinderbetreuung (42 %). Viele Unterstützungsleistungen konnten nicht mehr oder nur eingeschränkt genutzt werden, die Unterstützung durch die Frühen Hilfen wurde noch von den meisten Familien (50 %) als verfügbar wahrgenommen. Mindestens 86 Prozent der befragten Familien sehen die Frühen Hilfen als ein hilfreiches Angebot in dieser herausfordernden Zeit an: „Ich bin glücklich, dass ich mich an die Frühen Hilfen gewandt habe, [...]. Jemanden zum Reden zu haben, hat sehr entlastet, und auch zu wissen, dass es vielen so geht und man nicht die einzige ist.“

In Krisenzeiten wie einer Pandemie muss auf eine fortlaufende Unterstützung belasteter Familien geachtet werden, um einer negativen gesundheitlichen Entwicklung der Kinder entgegenzuwirken.

Das Factsheet zur Erhebung ist auf der Frühe-Hilfen-Website verfügbar: https://www.fruehehilfen.at/fxdata/fruehehilfen/prod/media/downloads/Berichte/NZFH_Factsheet_Belastungen-Familien-in-der-Pandemie_2021.pdf

Berichte von Projekten & Originalarbeiten

Sasto Chavoripe - Soziale Inklusion von Roma durch Frühe Hilfen

Sabine Haas, Marion Weigl, Petra Winkler
Gesundheit Österreich GmbH,
Nationales Zentrum
Frühe Hilfen – NZFH.at
fruehehilfen@goeg.at



Im Rahmen des Forschungsprojekts „Sasto Chavoripe - Soziale Inklusion von Roma durch Frühe Hilfen“ (vgl. auch ÖGPH-Newsletter Juni 2020) wurden Interviews und Fokusgruppen mit Roma/Romnja (Mütter, Väter und Großmütter) und Expert*innen sowohl zu Erfahrungen im und mit dem Gesundheitssystem in Österreich als auch zu Fragen und Erfahrungen rund um die frühe Kindheit und das Angebot der Frühen Hilfen durchgeführt (dies wurde auch durch eine Online-Erhebung bei Pädiater*innen abgerundet).

Die Ergebnisse bestätigen den Befund aus der Literatur, dass viele Roma-Familien mit – teilweise großen - Belastungen (finanzielle und gesundheitliche Probleme, Überforderungen etc.) konfrontiert sind. Diese Belastungen sind jedoch nicht spezifisch für Roma-Familien, sie können in allen und insbesondere in sozioökonomisch benachteiligten Familien auftreten. Eine Besonderheit scheint zu sein, dass die Mütter oft sehr jung sind. Die meisten der befragten Mütter fühlen sich allerdings im Umgang mit dem Neugeborenen sicher, da sie bereits Erfahrungen in der Familie sammeln konnten. Eine weitere Besonderheit und Ressource sind der große Rückhalt und die Unterstützung durch die Großfamilie, wodurch sich der Bedarf an externer Unterstützung reduzieren kann. Es können jedoch nicht

alle, insbesondere jene mit Migrationserfahrung, auf die Familie zurückgreifen. Und auch die Familie kann nicht alles abdecken bzw. hat oft nicht die benötigten Informationen.

Von den Befragten selbst wird daher Bedarf an externer Unterstützung geäußert, insbesondere an finanzieller Unterstützung, aber auch an gesundheitsrelevanten Informationen (z.B. Informationen zu Geburtsvorbereitung, Stillen, Vorsorgeuntersuchungen). Es kann also davon ausgegangen werden, dass zumindest ein Teil der in Österreich lebenden Roma-Familien - genauso wie andere Familien auch – aufgrund multipler Belastungen zur Zielgruppe der Frühen Hilfen gehört und von diesen profitieren würde.

Trotz des identifizierten Bedarfs scheinen Roma-Familien bislang von den Frühen Hilfen kaum erreicht zu werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Zugehörigkeit oft unklar ist, da sie weder systematisch abgefragt noch dokumentiert wird. Aber weder konnten die befragten Frühe-Hilfen-Netzwerke über viele Erfahrungen berichten, noch kannten die befragten Roma-Familien das Angebot der Frühen Hilfen.

Mit ein Grund für die bisher vermutlich geringe Erreichbarkeit könnte sein, dass der Bedarf an Unterstützung ein sensibles Thema ist, das von



den Betroffenen nicht immer direkt/offen angesprochen wird oder mit Ambivalenz verbunden ist. In der vorliegenden Studie wurde die Notwendigkeit einer externen Unterstützung eher von Befragten mit Migrationserfahrung als von autochthonen Roma/Romnja gesehen bzw. erwähnt. Das könnte daran liegen, dass die Familien ersterer häufig in einem anderen Land leben und somit nicht als Unterstützung zur Verfügung stehen. Es wurden aber auch weitere relevante Mechanismen deutlich, die eine Inanspruchnahme von professioneller Unterstützung erschweren, wie die Sorge um negative Auswirkungen auf die eigene Familie oder die Roma-Community, die Angst vor Behörden oder auch Scham. Aber auch vorangegangene Diskriminierungserfahrungen und damit verbundene psychologische Auswirkungen können eine Ursache sein.

Erste Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs von Roma-Familien zu den Frühen Hilfen wurden im Rahmen des Projekts unter Berücksichtigung der Projektergebnisse sowie des Feedbacks von Roma-Familien bereits entwickelt und erprobt. Spezifische Sensibilisierungsaktivitäten (Infos im Rahmen von Veranstaltungen, Materialien, ein Video) sollen das Angebot

in der Roma-Community bekannter machen und Hürden zur Inanspruchnahme senken. Eine Fortbildung rund um interkulturelle Kompetenz und Dekonstruktion von bestehenden Stereotypen und Vorurteilen im Allgemeinen sowie Diskriminierungsstrukturen und Ausgrenzungsmechanismen von Roma und Romnja im Spezifischen soll Fachpersonen (insb. auch Familienbegleiterinnen im Bereich der Frühen Hilfen) Wissen und Expertise für die Arbeit mit Roma-Familien vermitteln.

Das Forschungsprojekt wurde vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH.at) gemeinsam mit den Wiener Volkshochschulen und Forscherinnen mit Roma-Hintergrund durchgeführt und aus Mitteln der Europäischen Union und der österreichischen Bundesgesundheitsagentur (Forschungsbudget des Nationalen Zentrums für frühkindliche Interventionen) finanziert.

Der Endbericht wird in Kürze auf der Frühe-Hilfen-Website verfügbar sein:
<http://www.fruehehilfen.at/de/Service/Materialien/Publikationen.htm>

Mikrosystem Familie im Wandel der Zeit und warum es Frühe Hilfen gerade heute braucht

Sabine Haas
Gesundheit Österreich GmbH,
Nationales Zentrum
Frühe Hilfen – NZFH.at
fruehehilfen@goeg.at



Am 22. September 2021 fand eine vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH.at) organisierte Frühe-Hilfen-Fachtagung im Online-Format mit einem Mix aus Fachvorträgen und Beiträgen aus der Praxis der Frühen-Hilfen-Netzwerke statt. Im Vordergrund stand das Thema „Mikrosystem Familie im Wandel der Zeit und warum es Frühe Hilfen gerade heute braucht“.

Frau Dr. Désirée Waterstradt beleuchtete in ihrem Grundsatzreferat das Mikrosystem Familie und die Veränderungen im Laufe der Zeit aus soziologischer Perspektive. Begleitet wurde diese theoretische Auseinandersetzung mit Berichten des NZFH.at zum aktuellen EU-Projekt „Sasto Chavoripe - Soziale Inklusion von Roma durch Frühe Hilfen“ sowie zum Jahresbericht „Frühe Hilfen. Zahlen, Daten und Fakten 2020“ mit besonderem Fokus auf Frühe Hilfen in der Pandemie. Ergänzt wurden die Vorträge durch Beiträge aus den Frühen-Hilfen-Netzwerken zu deren praktischen Erfahrungen u.a. in der Arbeit

mit Familien während der COVID-19-Pandemie. Eine durch Frühe Hilfen begleitete Mutter teilte in einem Videobericht ihre persönlichen Erfahrungen mit dieser Unterstützung. Rund 220 Teilnehmer/innen aus unterschiedlichsten Fachbereichen, Praxis- und Berufsfeldern nutzten die Tagung für einen regen Austausch.

Die Tagung steht auf der Frühe-Hilfen-Website zur Nachschau zur Verfügung: sowohl Videomitschnitte als auch Präsentationen der Vorträge, Videos der Grußbotschaften und Begrüßungsworte, Handouts der Spotlights aus der Praxis der Frühen Hilfen sowie die Ergebnisse des Graphic Recording. Ein kurzes Nachschauvideo gibt einen Eindruck in wichtige Eckpunkte der Tagung.

Nachschau der Frühe-Hilfen-Tagung 2021:
<https://www.fruehehilfen.at/online-Fachtagung-2021.htm>

Neue Ergebnisse zur Gesundheitskompetenz in Österreich

Robert Griebler, Christa Straßmayr
Gesundheit Österreich GmbH
robert.griebler@goeg.at



Von März bis Mai 2020 wurde in Österreich – während des ersten Corona-Lockdowns – die zweite Österreichische Gesundheitskompetenz-Erhebung durchgeführt (HLS19 AT). Sie ist Teil des internationalen Health Literacy Survey 2019 (HLS19; m-pohl.net/HLS19_Project) und liefert aktuelle Erkenntnisse zur Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung. Knapp 3.000 Erwachsene ab 18 Jahren wurden telefonisch zur ihrer allgemeinen Gesundheitskompetenz sowie zu spezifischen Gesundheitskompetenzbereichen befragt. Details zur Erhebung sowie zu den Ergebnissen können im nationalen Ergebnisbericht nachgelesen werden (jamin.goeg.at/id/eprint/1833).

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

Erstmals wurden im HLS19-AT auch zu spezifischen Bereichen der Gesundheitskompetenz

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

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

Sehr deutlich wird auch, dass Menschen mit chronischen Erkrankungen und Gesundheitsproblemen, die Schwierigkeiten im Umgang mit diesen gesundheitlichen Herausforderungen haben, in allen Gesundheitskompetenz-Bereichen eine geringere selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz aufweisen als solche ohne chronische Erkrankungen oder auch Menschen mit chronischen Erkrankungen, die ihrer Einschätzung nach gut damit zurechtkommen. Dies rückt



Fragen der Versorgungsqualität und der integrierten Versorgung chronischer Erkrankungen in den Fokus, wobei in diesem Zusammenhang auch Fragen der digitalen Gesundheitskompetenz und Navigationskompetenz zu berücksichtigen sind.

<https://oepgk.at/wp-content/uploads/2021/11/empfehlungen-bzk-beschlossen.pdf>.

Von den Ergebnissen der Erhebung wurden Empfehlungen abgeleitet, um die Gesundheitskompetenz in Österreich weiter zu stärken

Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Österreich. Update 2020

Robert Griebler, Petra Winkler, Jennifer Delcour
Gesundheit Österreich GmbH
robert.griebler@goeg.at



Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) zählen weltweit zu den häufigsten nichtübertragbaren Krankheiten und sind zu einem Großteil vermeidbar. Sie führen bei Betroffenen oftmals zu chronischen Beschwerden, Einschränkungen im täglichen Leben, und Folgeerkrankungen bis hin zur Invalidität. Das bedeutet einerseits zum Teil sehr hohe, Einbußen der Lebensqualität sowie eine vermehrte Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. In Österreich sind sie für 38 Prozent aller Todesfälle verantwortlich. Im Rahmen der GÖG-Berichtsreihe über nichtübertragbare Krankheiten wurde 2014 ein Bericht zu HKE veröffentlicht. Jetzt wird ein Update zum Bericht vorgelegt (jasmin.goeg.at/id/eprint/1906).

Der Bericht fokussiert auf vier ausgewählte Krankheitsbilder: Angina Pectoris, Myokardinfarkt (MI), ischämischer Schlaganfall und auf die periphere arterielle Verschlusskrankheit. Es werden Aussagen zur Inzidenz und Prävalenz dieser Erkrankungen auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS), der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD) und der Todesursachenstatistik getroffen. Die Ergebnisse beinhalten Werte zu HKE insgesamt, zu krankheitsbedingten Fehlzeiten und gesundheitsbedingten Frühpensionierungen infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, zur Lebensqualität von MI- und Schlaganfallbetroffenen und zu den direkten und indirekten Kosten von HKE. Darüber hinaus wird eine Zusammenschau aktueller

Cochrane-Reviews zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (2015–2020) geboten.

Der DLD zufolge wurden 2019 bei rund 380.000 Patientinnen und Patienten (entspricht rund 27% aller stationären Patient*innen) HKE dokumentiert - wobei Männer davon etwa 1,3-mal häufiger betroffen sind als Frauen. Zudem entfielen mehr als 1,1 Millionen Krankenstandstage auf HKE. Die direkten und indirekten Kosten von HKE werden 2015 auf rund 4,7 Milliarden Euro geschätzt – etwa 1,7 Milliarden davon entfallen auf die stationäre Versorgung, und 5.500 Menschen verstarben 2019 vorzeitig an einer HKE.

Insgesamt wird deutlich, dass HKE eine enorme Krankheitslast und hohe Kosten verursachen. Sie sind mehrheitlich vermeidbar und könnten in puncto Erstmanifestation zeitlich hinausgezögert werden. Damit kommt vor allem der Prävention von HKE eine zentrale Bedeutung zu. Hier gilt es konsequent an bekannten Risikofaktoren (ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Übergewicht und Adipositas, Luftverschmutzung) und an der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung anzusetzen. Eine Strategie zur Vermeidung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder generell von nichtübertragbaren Erkrankungen könnte dabei helfen, diesbezüglich die Kräfte zu bündeln.

Neue Projekte & Wissenswertes

Studentischer Gesundheitsbeirat der Fachhochschule Kärnten

Andrea Limarutti, Eva Mir
 Fachhochschule Kärnten
a.limarutti@fh-kaernten.at



Der Studentischer Gesundheitsbeirat der Fachhochschule Kärnten entwickelt im Rahmen des Projekts SHAB@CUAS gesundheitsförderliche Maßnahmen „von Studierende für Studierende“

Hintergrund

Aus der Literatur ist bekannt, dass soziale Unterstützung von Mitstudierenden einer großen Bedeutung als Gesundheitsressource zukommt – und diese gilt es im Rahmen des Studiums zu fördern (Kirsch et al., 2017; Lutz-Kopp et al., 2019; Wörfel et al., 2016). Weiter zählt auch körperliche Aktivität zu den Gesundheitsressourcen: So liefert sie einen wesentlichen Beitrag zur Stressregulierung und wirkt Zivilisationskrankheiten entgegen, trotzdem ist Bewegungsarmut in der Gruppe der Studierenden weit verbreitet (Joubert et al., 2017; Kämpfe et al., 2015; König et al., 2012).

Der Studentische Gesundheitsbeirat der FH Kärnten, mit den Studierenden Verena Hofer (Bachelorstudiengang Ergotherapie, Jg. 2019), Moritz Gall (Bachelorstudiengang Gesundheits- und Pflegemanagement berufsbegleitend, Jg. 2019), Alice Suwanna-Frewat (Masterstudiengang Gesundheitsmanagement berufsbegleitend, Jg. 2019) und Ken Candan (Bachelorstudiengang Bauingenieurwesen, Jg. 2019), hat im Rahmen des Projekts SHAB@CUAS (Student

Health Advisory Board; gefördert von der Ludwig Boltzmann Gesellschaft) vier Maßnahmen zur Förderung der genannten Gesundheitsressourcen entwickelt und umgesetzt.

Die entwickelten Maßnahmen auf einen Blick

Um eine Willkommenskultur für Erstsemestrige zu etablieren wurde die Maßnahme „Easy Start“ entwickelt. Im Rahmen eines Info-Events, wenige Wochen nach dem Studienbeginn, erhielten Erstsemestrige aus den Bachelorstudiengängen Architektur und Bauingenieurwesen Insider-Informationen zu Lehrveranstaltungen und Co von Studierenden aus höheren Semestern (Peers). Gruppenarbeiten zählen an der FH Kärnten zu einer häufig eingesetzten Methode und meist werden die Gruppen von Studierenden selbst gebildet. Dies hat zur Folge, dass immer die gleichen Personen zusammenarbeiten und Studierende denen der soziale Anschluss fehlt es oftmals schwer haben. Die entwickelte Maßnahme „VIELFALT in Gruppenarbeiten“ sensibilisiert Studierende und Lehrende für das Thema soziale Integration und motiviert dazu, Gruppen nach dem Zufallsprinzip oder themengeleitet zu bilden, um so neue Perspektiven zu eröffnen.

Zur Förderung der körperlichen Aktivität, wurde eine alte Telefonzelle zu einer nachhaltigen Tausch-Sportbox umfunktioniert. Ganz nach dem Motto „Sharing is caring“ können nicht

mehr benötigte Sportutensilien, anderen zur freien Entnahme zur Verfügung gestellt werden. Dadurch werden physische Angebote in der direkten Umwelt der Studierenden geschaffen. Diverse Sportarten machen zu zweit oder in der Gruppe einfach mehr Spaß und können so auch den sozialen Austausch fördern. Um dies einfach und unkompliziert planen zu können wurde die Sportbuddy Chatplattform in eine bestehende App für Studierende integriert. Durch das digitale Angebot können sich Studierende untereinander vernetzen und sich für gemeinsame Aktivitäten verabreden.

Um das Thema studentische Gesundheitsförderung noch gegenwärtiger in die Köpfe der Studierenden zu bekommen, wurde ein Ideenwettbewerb unter allen Studierenden der FH Kärnten

ausgeschrieben und zwei weitere Interventionen gefördert.

Durch die Gründung eines studentischen Gesundheitsbeirats schlägt die FH Kärnten neue innovative Wege ein, Studierende aktiv in die Gestaltung und Mitbestimmung der Lebenswelt Hochschule miteinzubeziehen. Letztlich geht es darum, die gewonnenen Erkenntnisse im Sinne eines Studentischen Gesundheitsmanagements (Techniker Krankenkasse, 2019) zu nutzen und nachhaltig zu verankern.

Der
studentische Gesundheitsbeirat
der FH Kärnten
ein Projekt
vier konkrete Maßnahmen

#um das Wohlbefinden im Studium zu steigern

S H A B
©CUAS



Literatur

- Joubert, L., Kilgas, M., Riley, A., Gautam, Y., Donath, L. & Drum, S. (2017). In-Class Cycling to Augment College Student Academic Performance and Reduce Physical Inactivity: Results from an RCT. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph14111343>
- Kämpfe, A., Köster, C. & Brandl-Bredenbeck, H. B. (2015). Körperlich-sportliche Aktivität und subjektiver Gesundheitszustand sowie studiumsspezifisches Stressempfinden bei Studierenden. In A. Göring & D. & Möllenbeck (Hrsg.), *Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen* (S. 257–272). Göttingen: Niedersächsische Staats- und Universitätsbibliothek; Univ.-Verl. Göttingen.
- Kirsch, A.-S., Laemmert, P. & Tittlbach, S. (2017). Gesundheitliche Anforderungen und Ressourcen von Studierenden. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 12(3), 181–188. <https://doi.org/10.1007/s11553-017-0584-3>
- König, G., Kroke, A., Reichelt, A. & Stegmüller, K. (2012). Bewegung im Setting Hochschule. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 7(1), 73–79. <https://doi.org/10.1007/s11553-011-0316-z>
- Lutz-Kopp, C., Meinhardt-Injac, B., & Luka-Krausgrill, U. (2019). Psychische Belastung Studierender. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 14(3), 256–263. <https://doi.org/10.1007/s11553-018-0691-9>
- Techniker Krankenkasse (Hrsg.). (2019). *SGM – Studentisches Gesundheitsmanagement Handlungsempfehlung zu Theorie und Praxis*. Zugriff am 20.08.2019. Verfügbar unter <https://www.tk.de/resource/blob/2066932/0b63cceb20d775c244d57ed267a322d/handlungsempfehlung-zum-studentischen-gesundheitsmanagement-data.pdf>
- Wölfel, F., Gusy, B., Lohmann, K., Töpritz, K., & Kleiber, D. (2016). Mental health problems among university students and the impact of structural conditions. *Journal of Public Health*, 24(2), 125–133. <https://doi.org/10.1007/s10389-015-0703-6>

Verpflegungsmanager*innen in Volksschulen

Karin Koller
Styria vitalis
karin.koller@styriavitalis.at



Die Ansprüche in der Gemeinschaftsverpflegung steigen. Das gilt auch für die Mittagsverpflegung in Volksschulen. Damit sie zur Zufriedenheit aller gelingt, braucht es das Zusammenspiel vieler Beteiligten: Küche, Schulleitung, Lehrkörper, Nachmittagsbetreuung, Eltern und Erhalter. Der von Styria vitalis 2021 neu konzipierte Lehrgang „Verpflegungsmanagement“ richtete sich an jene Mitarbeiter*innen in Volksschulen, die für die Mittagsverpflegung zuständig sind.

13 Verpflegungsmanager*innen haben den österreichweit neuen Lehrgang im Rahmen des von Fonds Gesundes Österreich und Land Steiermark geförderten Projektes „KIDS essen gesund“ mit Ende Oktober erfolgreich abgeschlossen. Sie sind damit auf die Herausforderungen, die das Mittagessen in Volksschulen mit sich bringt, vorbereitet. Geplant ist, dass der Lehrgang 2022 erneut angeboten wird.



In sieben Modulen wurde gemeinsam erarbeitet, wie sich die Steirischen Mindeststandards der Gemeinschaftsverpflegung über die Gestaltung gesunder und kindgerechter Speisepläne umsetzen lassen, welche hygienerechtlichen Vorgaben für Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen gelten, wer mit wem gut kommunizieren muss, wenn es um die Anlieferung, Aufbereitung und Ausgabe der Speisen geht, wie eine Schule zur Entwicklung von Geschmack und Essverhalten beitragen kann und welchen Einfluss die Atmosphäre und das Einhalten von Tischregeln beim Essen haben.

Foto: Styria vitalis

Bildtext: Karin Koller von Styria vitalis, die Lehrgangsabsolventin Eva Leistner aus der Volksschule Liebenau, Rita Kichler vom Fonds Gesundes Österreich, Manuela Reiter von Styria vitalis und Klaus Friedl, Vizebürgermeister der Gesunden Gemeinde Weinitzen

Infos: <https://styriavitalis.at/lehrgang-verpflegungsmanagement/>

Projekt Acute Community Nurse – mobile Entlastung und Verstärkung des Rettungs- und mobilen Pflegesystems im Bezirk Bruck an der Leitha (NÖ)

Christoph Redelsteiner
 Fachhochschule St. Pölten
christoph.redelsteiner@fhstp.ac.at

Martina Prinz
 Notruf Niederösterreich
Martina.Prinz@notrufnoe.at



Problemstellung

Die Einsatzzahlen im Rettungsdienst und Krankentransport steigen durch demografische Faktoren, dem Mangel an Allgemeinmediziner*innen und hochqualifizierten Kräften für die Hauskrankenpflege. In vielen Fällen liegen chronische oder akutpflegerische Probleme vor, die teilweise durch Versorgung vor Ort lösbar wären. Insbesondere hochbetagte Patienten*innen werden unnötig über weite Strecken hospitalisiert, erhöhen die Überlastung der klinischen Ressourcen und reduzieren die Verfügbarkeit vom Rettungsmittel für Notfälle im engeren Sinne – der einzige Rettungswagen der Region ist ja unterwegs zum Katheterwechsel auf die nächste Urologie und das Gebiet drei bis vier Stunden unterversorgt.

Lösungsansätze

Im angloamerikanischen Raum versucht man dieser Tendenz durch den Einsatz von Community Paramedics entgegenzuwirken. In Deutschland gibt es Versuche mit Gemeindefallsanitäter*innen. An der Fachhochschule St. Pölten wird unter Finanzierung des NÖGUS (NÖ Gesundheits- und Sozialfonds) sowie in Kooperation mit der NÖ Landesgesundheitsagentur ein Bachelorstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege mit kombinierbarer Notfallsanitäter*innenausbildung angeboten. Damit soll ein Profil mit breiteren operativen Kompetenzen

geschaffen werden das auch für diesen Bereich entsprechend MitarbeiterInnen heranbildet.

Im Bezirk Bruck an der Leitha läuft seit Mai 2020 ein Pilotprojekt bei dem sogenannte „Acute Community Nurses“ (ACN) eingesetzt werden. Ergibt die notfallmedizinische bzw. pflegerische Abfrage über 144 (Rettungsnotruf), 141 (ärztlicher Bereitschaftsdienst) oder der telefonischen Gesundheitsberatung 1450, dass die Situation vor Ort evt. durch eine pflegerische Intervention gelöst werden kann wird, eine ACN entsandt. Die genannten und viele weitere Rufnummern des Gesundheitssystems werden in NÖ zentral von Notruf Niederösterreich (NNÖ) betreut, die rund um die Uhr eine ACN disponieren kann.

Diese Mitarbeiter*in von NNÖ begibt sich per PKW ausgerüstet mit notfallmedizinischer Ausrüstung, EKG und pflegerischer Ausrüstung zum Einsatzort – insgesamt befinden sich um die 300 Ausrüstungsgegenstände für „Troubleshooting“ an Bord. Die ACN führt akutpflegerische Interventionen wie Wiederherstellung der Funktion ableitender Systeme (zB. Katheter, Enterostoma) oder auch Katheterwechsel durch, unterstützt pflegende Angehörige durch unmittelbare Beratung und Anleitung und löst somit Probleme vor Ort. So muss nicht mehr jeder Patient mit einem abgelösten Verband wieder zurück ins Spital, Schwierigkeiten mit einem medizinischem Gerät, die zu einem Rettungseinsatz führen, können durch z.B. Nachschärfung in der

korrekten Anwendung eines Blutzuckermessgerätes oder der Empfehlung von „life hacks“ (alltagstauglichen und praktikablen Grundregeln) im Umgang mit Harnkatheter durch Patient*innen- und Angehörigenedukation vermieden werden.

Bei „Dauerpatient*innen“ mit unregelmäßigem Casemanagement oder psychosozialen Problemlagen besteht die Möglichkeit der Weiterverweisung zur Akutsozialarbeit von NNÖ oder anderen Einrichtungen. Insgesamt sollen Versorgungsprozesse durch ein Nahtstellenmanagement zwischen den Hausärzt*innen, Pflegediensten und Sozialarbeiter*innen in der Region verbessert werden. Die ACN kennen die lokalen Ansprechpartner und vermitteln Patient*innen innerhalb dieses Netzwerks.

Bei Bedarf wird die ACN auch als nächstgelegenes Fahrzeug zum Notfalleinsatz gesandt und arbeitet dort mit den Rettungswagen der Einsatzorganisationen zusammen und überbrückt ggfs die Zeit bis zum Eintreffen notärztlicher Hilfe.



Die Stärken der ACNs sind die innerklinische und präklinische Erfahrung und die Unterstützungs- und Beratungsmöglichkeiten, die sich daraus ergeben. Bei regelmäßigen Fallbesprechungen im Team bringen die ACNs auch ihre unterschiedlichen pflegerischen Vorerfahrungen aus den Bereichen Palliativmedizin, Dialyse, Intensivstation

usw. ein. Entscheidender patientenwirksamer Vorteil ist die unmittelbare aufsuchende und operative Tätigkeit vor Ort. Hier lassen sich viele Anliegen besser besprechen – die Acute Community Nurses erfahren mehr über ihre Patient*innen, weil sie diese meist in ihrem Wohnumfeld kennenlernen, die Betreuungsressourcen einschätzen können und so genau dort – vor Ort - den Bedarf erkennen und Unterstützung anbieten können.

Die Projektkonzeption wurde von Nicola Maier (NÖGUS), Christoph Redelsteiner (FH St. Pölten, Masterstudiengang Soziale Arbeit) und seitens Notruf Niederösterreich von GF Costa Chwojka, GF Rudolf Hochsteger, Christian Fohringer, Siegfried Weinert, René Kerschbaumer, Christoph Doppler und Stefan Spielbichler durchgeführt. Zusammen mit den sechs ACNs und der Gesundheit Österreich GmbH wird dieses Team auch den Zwischenbericht 2022 als Grundlage für eine mögliche Ausweitung in weitere Regionen erarbeiten. Insbesondere für ländliche Bereiche kann die ACN eine Sicherstellung und Aufwertung der Krankenversorgung bedeuten und die Attraktivität des ländlichen Raumes als Lebens- und Arbeitsort erhalten.

Weblink <https://notrufnoe.com/acn/>

Literatur

- Redelsteiner, Christoph / Schmid, Tom / Pflegerl, Johannes (2020): Community Care – ein integratives Konzept zur kooperativen Versorgung im Gemeinwesen. In: Soziale Sicherheit. Fachzeitschrift der Österreichischen Sozialversicherung. 03 2020 S 113 – 122
- Redelsteiner, Christoph (2020): Acute Community Nurse. Wie sich Rettung und Pflege kombinieren lassen. In: RettungsMagazin 06 2020, S 42 – 46

Social Prescribing – Sozialarbeit und gesundheitsfördernde Aktivitäten auf Rezept?

Christoph Redelsteiner
Fachhochschule St. Pölten
christoph.redelsteiner@fhstp.ac.at



Eva Pilz, Allgemeinmedizinerin
Timo Fischer, Österreichische Gesundheitskasse

Masterstudierende Soziale Arbeit erforschen Social Prescribing im Rahmen ihrer Masterthesen

Allgemeinmediziner*innen erkennen in der Praxis der Patient*innenbehandlung häufig psychosoziale Probleme oder unmittelbar soziale Herausforderungen ihrer Patient*innen. Darauf einzugehen, fehlt einerseits die Zeit, andererseits aber auch entsprechende Möglichkeiten, Patient*innen zu einer Ansprechstelle zu überweisen die sich dieser vielfältigen Probleme annimmt. Sozialarbeiter*innen in den Primärversorgungszentren sind dazu ein erfolgreicher Ansatz. Für weite Teile des "Krankheitswesens" wie Spitäler, Arztpraxen stehen diese Ressourcen kaum oder überhaupt nicht zur Verfügung.

Primär im englischen Sprachraum gibt es entsprechende Verweisungen von ärztlichen, pflegerischen Kolleg*innen, aber auch anderen "klinischen" Professionen wie Physio- oder Ergotherapeut*innen zu Sozialarbeiter*innen. Diese Fachkräfte werden auch "Link Worker" genannt und fungieren nach einem entsprechenden Clearing als Navigator zu weiteren – insbesondere nicht medizinischen – Ressourcen. Das umfasst das gesamte Feld der Sozialarbeit wie Bewährungshilfe, Drogenberatung, Schuldenberatung, soziale Grundsicherung, Institutionen, die bei Arbeitslosigkeit unterstützen, Anti-Gewaltinterventionsstellen, betreute Wohngruppen oder Notschlafstellen.

Ein wesentlich umfangreicherer und schwer zu erfassender Teil sind informelle und halbformelle Ressourcen im jeweiligen unmittelbaren Sozialraum, die gesundheitsfördernd und stärkend wirken können: Nachbarschaftsnetzwerke, Frauengruppen, Feuerwehren, Vereine aller Art, Sportinitiativen, Seniorenverbände, Jugendgruppen, Kochgruppen, religiöse und kulturelle Institutionen, in denen Menschen ‚natürlichen‘ sozialen Anschluss finden können.

Studierende des Masters Soziale Arbeit der Fachhochschule St. Pölten erarbeiten ihre Masterthesen im Bereich „Social Prescribing“ mit drei Schwerpunkten. Das Erste der drei Teilprojekte vergleicht internationale Social Prescribing-Projekte mit jenen aus Österreich. Es soll die Frage geklärt werden, welche Rolle Sozialarbeiter*innen in diesen Prozessen einnehmen können - und welchen Stellenwert diesen zukommt. Welche anderen Berufsgruppen könnten die Funktion des Social Prescribing übernehmen? Und worin unterscheiden sich Case Management und Social Prescribing? Ziel ist einerseits, Modelle guter Praxis herauszuarbeiten und andererseits, Empfehlungen für Social Prescribing in Österreich abzuleiten.



Studierende* Masterstudiengang Soziale Arbeit FH St. Pölten (Thiemo Raoul Bischof, Maria Fischer, Peter Gierlinger, Sabine Holzinger-Grath, Edin Izic, Katharina-Maria Kalb, Marlies Pfeifer, Melanie Schinnerl, Devi Singh, Claudia Tritta, Jacqueline Zeilinger)

Das zweite Teilprojekt rückt die Zugänglichkeit von Social Prescribing in den Fokus. Das Forschungsteam geht von der Annahme aus, dass passende Begrifflichkeiten die Inanspruchnahme eines Social Prescribing-Angebots, insbesondere im Primärversorgungskontext, maßgeblich beeinflussen. In Form eines Erklärvideos samt Online-Fragebogen wird untersucht, welche Begriffe für das Gesundheitskonzept und der damit einhergehenden Fachkraft das größte Potential haben, sich in Österreich durchzusetzen.

Das Team erarbeitet auch, welche Aspekte bei der Konzeption und Produktion eines Erklärvideos für den österreichischen Primärversorgungskontext unter Berücksichtigung einer interdisziplinären Perspektive zu beachten ist. Die Konzeption des Erklärvideos basiert auf Erkenntnissen von Fokusgruppen. Bei der ersten Fokus-

gruppe beteiligten sich Gesundheitsexpert:innen, die sich bereits vorab intensiv mit Social Prescribing auseinandergesetzt hatten. Ziel war die Erarbeitung eines gemeinsamen Begriffsverständnisses sowie zentraler Botschaften des Gesundheitskonzeptes. Zur zweiten Fokusgruppe waren Expert:innen aus den Bereichen Diversity, Management, Marketing, Kommunikation/Publicistik und Videoproduktion geladen.

Diversität und Partizipation liegen dem Team besonders auch mit Blick auf das Forschungsergebnis am Herzen. Die Teilnahme der ÖGPH Newsletter Leser:innen an der Befragung und Unterstützung beim Teilen sind deshalb von zentraler Bedeutung – Weblink zur Umfrage mit Erklärvideo: eucusa-feedback.com/sp

Das dritte Team widmet sich der konkreten Umsetzung von Social Prescribing in einer konkreten allgemeinmedizinischen Gruppenpraxis. Die Konzeptualisierung basiert auf zwei Elementen: Internationale Social Prescribing-Modelle werden aus der Prozessperspektive analysiert. Die alltagspraktischen Vorgehensweisen der Sozialarbeiter:innen in den österreichischen Primärversorgungseinrichtungen wurden mittels Fragebogen erhoben und tragen zur nationalen



Perspektive bei. Ein musterhafter Social Prescribing-Prozess für die allgemeinmedizinische Gruppenpraxis wird erarbeitet und bei der Umsetzung begleitet. Die Ergebnisse fließen in die Konzipierung eines allgemeinen Social Prescribing Leitfadens ein.

Weblinks:

- <https://www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales/soziale-arbeit-master/projekte1/social-prescribing-sozialarbeit-auf-rezept>

Literatur

- AI-HTA-Newsletter (2017): Literaturübersicht im: "Social Prescribing": eine Möglichkeit medizinische und soziale Leistungen zu integrieren.03/2017 <https://aihta.at/page/social-prescribing-eine-moeglichkeit-medizinische-und-soziale-leistungen-zu-integrieren/de>
- Antosik, Jennifer (2020): Social Prescribing - eine Möglichkeit für die neue Primärversorgung in Österreich? - eine qualitativ empirische Explorationsstudie. <https://fhburgenland.contentdm.oclc.org/digital/collection/p15425dc/id/92194/>
- Haas, Sabine / Bobek, Julia / Braunegger-Kallinger Gudrun / Ladurner, Joy / Winkler, Petra (2019): Social Prescribing Factsheet. Gesundheit Österreich. https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/inline-files/Fact_Sheet_Social_Prescribing_2019.pdf
- Redelsteiner, Christoph (2020): „Social Prescribing“ – Überweisung zur Sozialarbeit – Soziales auf Rezept? In: Sozialarbeit in Österreich. Fachzeitschrift für Soziale Arbeit in Österreich. S 32 – 36
- Redelsteiner, Christoph / Moser, Michaela / Zahorka, Florian (2019): Gemeinwesenzentrum Orth an der Donau. gemeinsam.gesundheit.gestalten.ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung Fachhochschule St. Pölten. https://www.gemeinwesenzentrum.at/wp-content/uploads/2020/04/Booklet_Orth_Donau_23_05_digital.pdf

Fort- und Ausbildung

Neuer Lehrgang: Mental Health

Kurt Fellöcker
FH St. Pölten
kurt.felloecker@fhstp.ac.at



Die Fachhochschule St. Pölten ermöglicht mit dem Lehrgang Mental Health eine maßgeschneiderte Weiterbildung für Personen, die in ihrer Tätigkeit mit Menschen in bestimmten Situationen mit psychischen Belastungen konfrontiert sind. Die Teilnehmer*innen des berufsbegleitenden Programms profitieren von einem modernen Lernumfeld, das eine ideale Kombination mit ihrer beruflichen Tätigkeit ermöglicht.

Der Lehrgang ist interdisziplinär ausgerichtet. Er richtet sich an Fachkräfte aus dem Sozial- und Gesundheitswesen ebenso wie an andere Professionen, die regelmäßig mit psychischen Belastungen konfrontiert sind.

Kompetenzorientierte Didaktik

Die Lehrgänge sind keine Vortragsreihen und auch keine Theorievorlesungen, sondern verstehen sich als Beitrag zur Erweiterung der psychosozialen Kompetenz der Studierenden. In den Modulen arbeiten sie daher in kleinen Gruppen in praxisorientierter Form an Interventionstechniken und Interventionsdesigns für Menschen in seelischen Ausnahmesituationen.

Dreistufiger Aufbau: passgenaue Ausbildung

Der dreistufige Aufbau des Lehrgangs Mental Health bietet Interessent*innen die Möglichkeit, die für sie passende Variante zu wählen. Während der Zertifikatslehrgang eine Grundausbildung für Praktiker*innen bietet, für die keine

vorhergehende einschlägige Ausbildung erforderlich ist, erwerben die Teilnehmer*innen des akademischen Lehrgangs vertiefende Kenntnisse und die Fähigkeit, konzeptuell im Feld zu arbeiten.

Der Masterlehrgang Mental Health, MSc ist eine umfassende Ausbildung für Fachkräfte in Führungspositionen. Sie sind geschult in der analytischen Reflexion der Arbeit von Organisationen und der Weiterentwicklung von praktischen Methoden im Feld.

Zertifikat Case- und Care Manager*in (DGCC)

Die Weiterbildung kooperiert mit dem Verein Sozaktiv, der die Ausbildungen für die Deutsche Gesellschaft für Case- und Care Management durchführt. Die Absolvent*innen des Lehrgangs erhalten den Abschluss „Zertifizierte Case- und Care Manager*in (DGCC)“, wenn die Zugangsvoraussetzungen erfüllt werden.

Modularer Aufbau

- Grundlagen von Mental Health
- Diagnostik, Hilfeplanung und Intervention
- Rechtsfragen und Management
- Training on Project (Praxisphase und Projektarbeit)
- Mental Health Kompetenzen
- Wissenschaftliche Kompetenz

Gebühren



Zertifikatslehrgang Mental Health

EUR 5.600 für 2 Semester + ÖH-Beitrag je Semester

Akademischer Lehrgang Mental Health

EUR 8.700 für 2 Semester + ÖH-Beitrag je Semester

Masterlehrgang Mental Health, MSc

EUR 11.800 für 4 Semester + ÖH-Beitrag je Semester

Infos

- Zertifikatslehrgang Mental Health
<https://weiterbildung.fhstp.ac.at/lehrgaenge/mental-health>
- Akademischer Lehrgang Mental Health
<https://weiterbildung.fhstp.ac.at/lehrgaenge/mental-health2>
- Mental Health, MSc
<https://weiterbildung.fhstp.ac.at/lehrgaenge/mental-health-msc>
- Kurzlink: <https://fhstp.ac.at/lmh>



Impressum

ÖGPH, Österreichische Gesellschaft für Public Health
c/o Wiener Medizinische Akademie für Ärztliche Fortbildung und Forschung (WMA)
Mag. Joachim Dworschak
Alser Straße 4, 1090 Wien
Tel.: +43 1 4051383 34
Fax: +43 1 4051383 9 34
E-Mail: office@oeph.at

Layout erstellt von

Gunter Maier, BA., MA.

Redaktion und verantwortlich für den Inhalt:

FH-Prof. Dr. Ralf Reiche
Kontakt: newsletter@oeph.at

Die im Newsletter der ÖGPH wiedergegebenen Artikel entsprechen nicht notwendigerweise der Meinung von Redaktion und Herausgeberin. Jede Autorin / jeder Autor trägt die Verantwortung für ihren/seinen Beitrag.
