

# Health in all Societies

Abstract-Band

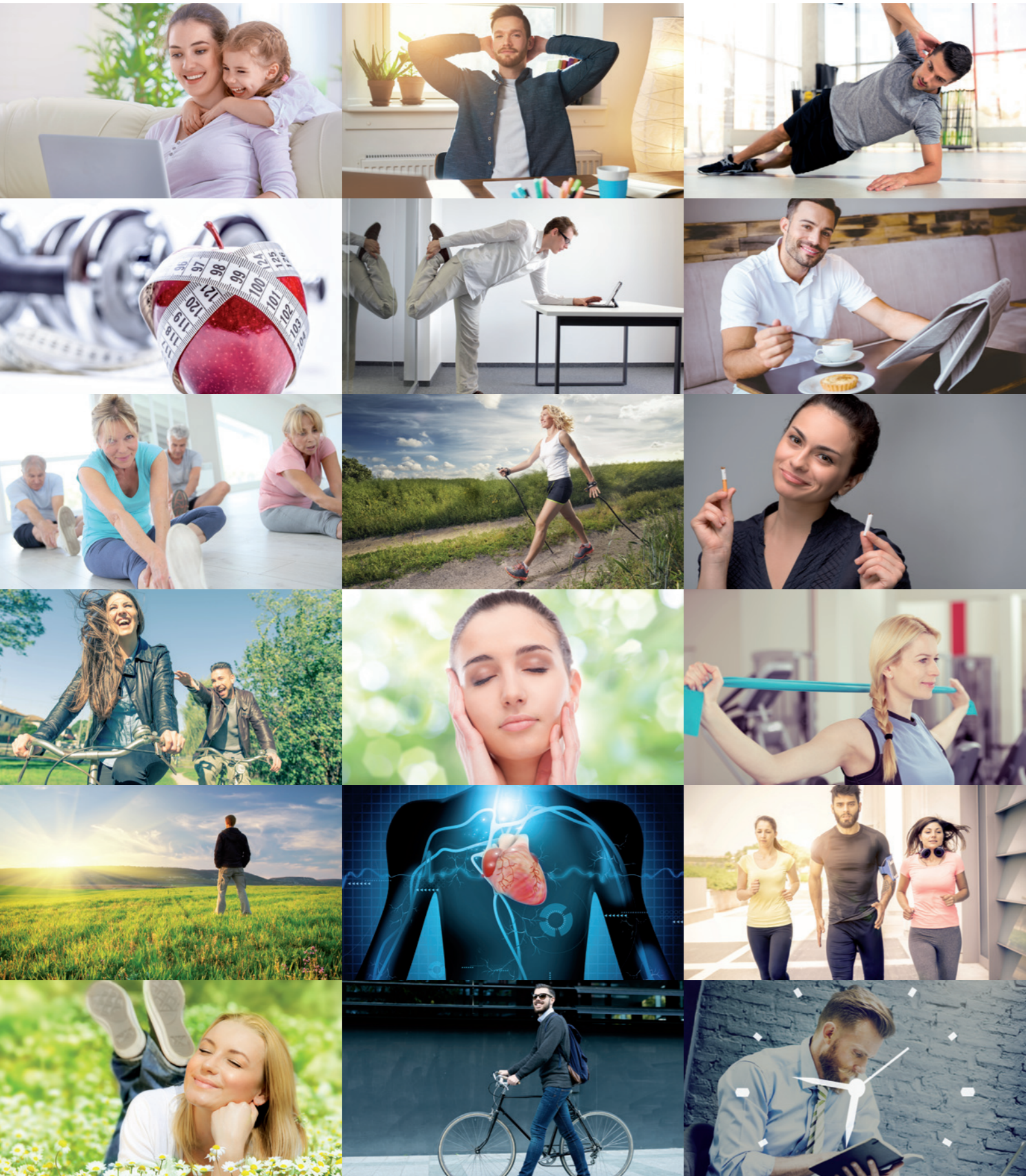


## 21. wissenschaftliche Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health (ÖGPH)

23. und 24. Mai 2018 / Radisson Blu Park Royal Palace Hotel, Wien

Österreichische Gesellschaft für  
**public health**





# Abstract-Band Health in all Societies

21. Wissenschaftliche Tagung  
der Österreichischen Gesellschaft für Public Health (ÖGPH)

23. und 24. Mai 2018  
Radisson Blu Park Royal Palace Hotel  
Wien

### Impressum

Herausgeberin: Österreichische Gesellschaft für Public Health (ÖGPH)  
Thomas E. Dorner, Christian Lackinger

### Programmkomitee

Daniel Dick / Thomas E. Dorner / Christian Lackinger  
Gerlinde Rohrauer-Näf / Albert Strehn

### Partner

Gesundheit Österreich GmbH / Fonds Gesundes Österreich,  
Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft (SVA)

### Organisatorische Unterstützung

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

### Scoring Komitee

Frank Michael Amort / Daniel Dick / Günter Diem / Thomas E. Dorner  
Igor Grabovac / Elisabeth Krahulec / Christian Lackinger  
Thomas Niederkrotenthaler / Peter Nowak / Philipp Petersen  
Brigitte Piso / Ralf Reiche / Gerlinde Rohrauer-Näf / Daniela Rojatz  
Uwe Siebert / Nadine Zillmann

### Erhältlich bei

Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft (SVA)  
Wiedner Hauptstraße 84-86, 1051 Wien  
T: 05 08 08 - 3083  
E-Mail: oegph@svagw.at

### ISBN

ISBN: 978-3-200-05671-8

### Druck

SVD GmbH, Dresdner Straße 45, 1200 Wien



Dieser Abstract-Band wird unterstützt von der  
Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft (SVA)





# Inhaltsverzeichnis

<b>Editorial</b>	
• Editorial ÖGPH	10
• Editorial GÖG/FGÖ	12
• Editorial SVA	13
<b>Plenumsvorträge</b>	
• <b>Plenum I</b> - European Public Health Perspectives	18
• <b>Plenum II</b> - Evidenzbasierte Tabakpolitik	
• Public Health Maßnahmen gegen Rauchen	19
• Health Impact Assessment NichtraucherInnenenschutzgesetz	siehe Zusatzblatt
• Aufgaben und Erfahrungen der österreichischen Sozialversicherung zu Tabakentwöhnung	21
• <b>Plenum III</b> - Herausforderungen in der Primärversorgung aus Public Health Sicht	siehe Zusatzblatt
• <b>Plenum IV</b> - Podiumsdiskussion: Gesundheit und Arbeitswelt - Rahmenbedingungen und Weichenstellungen auf individueller Ebene	22
<b>Parallel Session I - Workshops</b>	
• Spiel der Gesundheitsdeterminanten	24
• Workshop für Early Career Public Health Researcher	25
• Joint HTA for all Societies - Wunschvorstellung oder Schreckgespenst?	26
• Partizipative Gesundheitsforschung	27
• Nutzen und Potential der Schreibtisch-Gesundheitsfolgenabschätzung am Beispiel der geplanten Änderung des NichtraucherInnenenschutzes in der Gastronomie mit erweitertem Jugendschutz - Erfahrungen, Herausforderungen, Lernen für die Zukunft?	28
<b>Parallel Session IIa - Symposium der ÖGPH-Kompetenzgruppe Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt: Diversity in health for diverse societies</b>	
• Trans* Persons in Biomedicine and Beyond - a Visual Ontology	33
• VIMÖ - Verein intergeschlechtlicher Menschen Österreichs. Menschenrechtsbasierte aktivistische Arbeit für intergeschlechtliche Menschen	34
• Intergeschlechtlichkeit aus rechtlicher Perspektive	35
• The economics of health disparities in the LGBT population: a systematic review	37
• Adolescents' perception of school-based sex education - an exploratory study	38
• Prävalenz und Determinanten von illegalem Drogenkonsum und Mehrfachdrogenkonsums bei Menschen mit HIV in Österreich	39
<b>Parallel Session IIb - Symposium der ÖGPH-Kompetenzgruppe Public Mental Health: Forschungs- und Präventionsaspekte im Mental Public Health Bereich</b>	
• Suizidales Verhalten im Kindes- und Jugendalter	43
• Zusammenhänge zwischen dem Konsum von Boulevard-Zeitungen und Zustimmung hinsichtlich Mythen über Suizidalität	44
• Suicide Education Delivered by Individuals with vs. without Personal Experience of Suicidal Ideation: Randomized Controlled Trial	45
• Vaeter-in-Krisen.at - Erste Ergebnisse eines Interventionsprojekts für suizid- und gewaltgefährdete Familienväter	46
• Erwartungen, Einstellungen und Bedürfnisse relevanter Stakeholder bezüglich Online-Prävention im Bereich psychischer Gesundheit	47
• Das österreichische Gesundheitsziel 9 „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“ - Ergebnisse der Arbeitsgruppe	48
<b>Parallel Session IIc - Symposium der ÖGPH-Kompetenzgruppe Demenz: Demenz als Public Health Priorität - Aktuelle Trends und Best Practice aus Österreich</b>	
• Kommunale Ansätze zur Teilhabe von Menschen mit Demenz	51
• Initiative Demenz braucht Kompetenz	52
• Orientierungshilfe Demenzkompetenz im Spital	53
• DEMDATA- Das Tschechisch-Österreichische Pflegeheimprojekt	54
• Partizipative Demenzforschung: Menschen mit Demenz als Co-Forschende - geht das?	55
• Österreichische Demenz-Expertise vernetzen: Die Kompetenzgruppe Demenz stellt sich vor	56
<b>Parallel Session IId - Symposium der ÖGPH-Kompetenzgruppe Kinder- und Jugendgesundheit</b>	
• Lohnt sich die Investition in die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen?	59
• Was bedeutet Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter? Offene Fragen & Herausforderungen	60
• Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität bei Jugendlichen in Österreich: Ergebnisse aus der MHAT-Studie	61
• Gesundheitsverhalten von in Ostösterreich lebenden Jugendlichen im NEET-Status	62
• Mobbing und Gewalt unter österreichischen Schülerinnen und Schülern	63
• Aktuelle Aktivitäten im Rahmen der österreichischen Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie	64
<b>Parallel Session IIe - Symposium der ÖGPH-Kompetenzgruppe körperliche Aktivität: Bewegungsimpulse über Grenzen hinweg</b>	
• Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung - Gute Praxis für Bewegungsförderung	67
• Regelmäßige körperliche Aktivität als Erfolgsindikator: Adherence bei österreichischen Bewegungsinterventionen.	68
• Ich spiele gerne mit dem Ball und daher kann ich toll Werfen, Fangen und Kicken.	69
• Bewegte Apotheke - eine niederschwellige Bewegungsinitiative auf MultiplikatorInnenbasis	70
• Intersektorale Kooperation am Beispiel des Ge(h)undheitsförderungsprojektes „Schoolwalker“	71
• Bewegungsmonitoring und HEPA-Initiativen auf EU-Ebene	72
<b>Parallel Session IIIa - Gesundheitsversorgung</b>	
• Die Relevanz der neurophysiologischen Schmerzedukation bei chronischen unspezifischen Rückenschmerzpatientinnen bzw. -patienten und dessen Einfluss auf die Schmerzbewältigungsstrategie aus Sicht der Patientinnen bzw. Patienten.	74
• Standardisierte Erhebung von Hepatitis C und psychiatrischen Erkrankungen in zwei Hochrisikogruppen in Haft	75
• Strategieentwicklung für 13 Anbieter von mobilen Pflege und Betreuungsdienstleistungen durch Coopetition	76
• Nutzung und Nutzen Klinischer Behandlungspfade in der DACH-Region. Eine Pilotstudie	77
• Ressourcenallokation von medizinischen Großgeräten - Die Leistungsanspruchnahme der radiologischen Verfahren Computertomographie und Magnetresonanztomographie	78
• Bedarf an Betriebswirtinnen und Betriebswirten im Gesundheitswesen	79
• "Wir leben und pflegen gesund"	80



**Parallel Session IIIb - Gesundheitskompetenz**

- Einsatz von digitalen Methoden zur Steigerung der Gesundheitskompetenz von MitarbeiterInnen 82
- Injury Database Austria - eine notwendige Ergänzung der österreichischen Gesundheitsberichterstattung? 83
- Substanzkonsum unter migrantischen Populationen: was wir wissen und was wir nicht wissen. 84
- Public Health Stakeholder und ihre Sichtweisen auf Evidenz in der Entscheidungsfindung 85
- Validierung des Bewertungs- und Beurteilungsprozesses zur Qualitätssicherung der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Österreich 86
- Community Organizing als innovative Methode zur Gesundheitsförderung im kommunalen Setting 87
- selpers.com - Online-Kurse für mündige PatientInnen 88

**Parallel Session IIIc - Rauchen**

- Auswirkung eines Gastronomie-Rauchverbots auf die RaucherInnenprävalenz 90
- Die Tabakproduktedirektive - Auswirkungen auf das Rauchfrei Telefon 91
- Setback of tobacco legislation in Austria 92
- Differential associations of health literacy with Austrian adolescents' tobacco and alcohol use 93
- Rauchverhalten von Medizinstudenten in Österreich - eine Querschnittsstudie an 4 österreichischen Medizin-Universitäten mithilfe des Global Health Professions Student Survey (GHPSS) 94
- Ergebnisse einer österreichweiten Befragung zu den gesundheitsbezogenen Warnhinweisen auf Zigarettenpackungen 95
- Anreize zum Nichtrauchen - eine Evidenzübersicht zur Wirksamkeit auf Basis von 20 systematischen Reviews 96

**Parallel Session IIIId - Schule und Ausbildung**

- Miteinander statt Nebeneinander: bessere Versorgung von Kindern durch Austausch in Netzwerken 98
- Gesundes Aufwachsen. Sicher leben. Unsere Vision: Eine sichere Welt für unsere Kinder. 99
- Gesundheitsaktion für Kinder und Jugendliche - Kraftwerkstatt 100
- Erlebte Stressoren und angewandte Copingstrategien von 16 bis 18jährigen SchülerInnen Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und Betätigungsbalance 101
- Peer2Peer - Psychosoziale Krisenintervention, Stressbewältigung, Mentoring und Gesundheitsförderung für Studierende 102
- Psychosoziale Belastungen, Ressourcen und Beanspruchungen von Volksschuldirektor/innen 103
- Lehrergesundheit - Impulse und Anknüpfungspunkte für die Schulentwicklung 104

**Parallel Session IIIe - Bewegung und Gesundheitsverhalten**

- Determinanten zur Förderung körperlicher Aktivität von Menschen mit psychischen Erkrankungen - eine qualitative Studie 106
- Bewegungsangebot im Alltag für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung: Subjektive Einschätzung von AthletInnen der Special Olympics World Winter Games 2017 aus Österreich sowie deren TrainerInnen und Angehörigen 107
- Charakteristika von Personen, die an einem österreichweitem Bewegungsprogramm des Roten Kreuzes teilnehmen - Die „Bewegung bis ins Alter“ Initiative 108
- Ist gesundheitswirksame Bewegung während der Nutzung des öffentlichen Verkehrs möglich? Ein Blick auf die Schrittlänge, Gehgeschwindigkeit und Intensität während der Alltagsmobilität. 109
- AGIA - Aktiv gesund im Alter 110
- Gesundheitsverhalten der WienerInnen. Identifikation von Risikogruppen 111
- Gesundheitsförderung in der Nachbarschaft. Ergebnisse einer quantitativen Untersuchung mit SeniorInnen im Rahmen der Initiative Auf Gesunde Nachbarschaft 112

**Parallel Session IVa - Medizinanthropologie an der Schnittstelle zu Global Public Health**

- Veränderungen in der Behandlung von Hepatitis C und das Potenzial einer gemeinsamen „Handelszone“ von Medizinanthropologie und Public Health 114
- Stigmatisierung bei Ebola Überlebenden in Westafrika: Implikationen für Interventionen 115
- Spende oder Ware? Zur Bioökonomie der Blutspende auf den Philippinen 116
- Management von Thalassaemie auf den Malediven 117
- Wie kann die Medizinanthropologie die gesundheitliche Versorgung von MigrantInnen in Österreich unterstützen? - Erfahrungen aus dem EUR-HUMAN Projekt 119
- Psychometric properties of the German OxCAP-MH, a multi-dimensional capability instrument for outcome measurement in mental health 120

**Parallel Session IVb - Evidence Bades Decision Making**

- Metaanalysen zur Beantwortung komplexer Fragestellungen: Eine systematische Übersichtsarbeit zu Metaanalysen auf Basis von Strukturgleichungsmodellen 122
- Prognose der Krebsprävalenz bis 2030. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. 123
- Bundesweite Selbsthilfeorganisationen in Österreich: Wer ist das und wie kann man sie unterstützen? 124
- Monitoring population health in Austria - introducing a new Public Health Monitoring Framework 125
- Angemessenheit der MRT-Nutzung in Österreich 126
- Cochrane Evidenz für alle im deutschen Sprachraum 127



**Parallel Session IVc - Versorgung**

- England vs. Österreich: Der Vergleich zweier gegensätzlicher Gesundheitssysteme anhand von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 130
- Evaluation der Umsetzung ärztlicher und pflegerischer Versorgungsleitlinien und Expertenstandards für die multimodale demenzspezifische Patientenversorgung im ambulanten Setting: ein internationaler Vergleich zwischen Deutschland und der Schweiz 131
- Gesundheitskompetente PatientInnen - Ergebnisse einer qualitativen Erhebung unter oberösterreichischen ÄrztInnen 132
- Gesprächsqualität im Gesundheitswesen - Bedingungen eines Paradigmenwechsels 133
- Erwartungen der BürgerInnen an den gesundheitlichen Nutzen und Ablauf der österreichischen Vorsorgeuntersuchung 134
- Tagesklinikraten für ausgewählte Verfahren in Österreich: Eine Analyse der Variabilität auf Krankenanstaltenebene 135

**Parallel Session IVd - Bewegung**

- Erfahrungen aus „Gemeinden leben bewegt“ - einem Praxisprojekt zur Steigerung der Alltagsbewegung in drei steirischen Modellgemeinden 138
- Bewegungsberatung in Kureinrichtungen kombiniert mit dem Sportvereinsprogramm JACKPOT erhöhen den Bewegungsumfang bei Erwachsenen - eine quasi-experimentelle Studie in der Steiermark 139
- Prozessevaluation JACKPOT: Analyse von vereinsbasierten, standardisierten Bewegungsprogrammen in der wohnortnahen Nachsorge von Kurgästen 140
- Physische Aktivität in Seniorenwohnheimen - motivationale Faktoren und Barrieren 141
- Daten für die Prävention - Ergebnisse die Unfallursachenerhebung 2017 142
- Tiergestützte Aktivitäten mit Besuchshunden für ältere Menschen im institutionellen Setting: eine Literaturanalyse zu Wirkungen auf die psychische Gesundheit 143

**Parallel Session IVe - Familie, Kinder und Jugendliche**

- Neugestaltung des Mutter-Kind-Passes - Erfahrungen und Ergebnisse aus einem evidenzgestützten Bewertungsprozess 146
- Frühe Hilfen als Beispiel guter Praxis für Dokumentation in der Gesundheitsförderung 147
- Inzidenz und Mortalität von Unfällen im Kindesalter in Korrelation zum Einkommen der Eltern 148
- Auswirkungen von Erste Hilfe Ausbildungen an Pflichtschulen - Kinder als Lebensretter: eine Pilotstudie 149
- Unterstützung von Kindern mit psychisch erkrankten Eltern: Eine Ist-Situationsanalyse in Tirol 150
- Habitual intake of breakfast in relation to overweight status among Viennese preadolescents 151

**Posterpräsentation Ia**

- Die Bedeutung von Masterausbildungen für PhysiotherapeutInnen 154
- Motive von PatientInnen in der Notfallambulanz - Ein Vergleich vor und nach der Einführung von Triagierung mit einer allgemeinmedizinischen Einheit 155
- Nationalratswahl 2017: Die Analyse der Wahlprogramme der politischen Parteien auf deren gesundheitliche Auswirkungen 156
- Gesundheitsfördernde und Gesundheitskompetente Primärversorgung - erste Schritte zu einem Organisationsmodell 157
- Arteria Danubia (ArDa) - FuE-Anbahnungsprojekt zur Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit in Donauanrainerstaaten 158
- Zuckerreduktion mit Hilfe eines schulischen Ernährungsbildungsprogramms in Wiener Schulen 159
- Schlüsselfaktoren für die Gestaltung von Bewegungsangeboten zur Initiierung einer Verhaltensänderung von inaktiven Personen 160

**Posterpräsentation Ib**

- Vergleichende Analyse der Gichtmittel Febuxostat und Allopurinol 162
- Gesundheitsökonomische Evaluation von Primärversorgungezentren - Eine Kosten-Nutzen Analyse 163
- Prävention eines allgemeinmedizinischen LandärztInnenmangels. Umsetzung von Maßnahmen in Österreich. 164
- Frailty Status bei PatientInnen mit seropositiver rheumatoider Arthritis im erwerbsfähigen Alter: Eine Querschnitt-Untersuchung 165
- Datenqualitätsanalyse mittels Quelldatenabgleich im Kontext eines onkologischen Spitzenzentrums 166
- Endurance training does not improve cognitive functions in elderly marathon runners 167

**Posterpräsentation Ic**

- Green Care WALD Der Wald als Ort zur Gesundheitsförderung 170
- Epidemiology and Genetics of Alzheimer's Disease in the Czech Republic 171
- Förderung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen am Beispiel des Health Promotion Programms bei den Special Olympics World Winter Games, Austria 2017 172
- Epidemiologie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung in Österreich und detaillierte Versorgungsanalyse im Burgenland 173
- Epidemiologische Analyse zur Eignung einer erweiterten Darm-Mikrobiota-Diagnostik als Public Health Auftrag 174
- Gesunde Nachbarschaft als Ziel und Weg für Gesundheitsförderung im kommunalen Setting 175



## Editorial ÖGPH

**Thomas E. Dorner;**

Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Public Health

Auch bei der 21. Wissenschaftlichen Tagung der ÖGPH widmet sich die Gesellschaft den Dingen, die die Gesellschaft im letzten Arbeitsjahr in Bezug auf Gesundheit geprägt haben. Bei „Societies“ haben wir uns bewusst für den Plural entschieden, da vielfältig diskutiert wurde und wird, ob es sich tatsächlich um *eine* Gesellschaft handelt, eine pluralistische Gesellschaft, oder ob sich diese nicht schon längst in Parallelgesellschaften aufgespalten hat. Eine Spaltung anhand verschiedener sozio-demographischer Parameter wie Geschlecht, Alter, Bildung, Rauchgewohnheiten, Arbeitsstatus, Religion, Migrationshintergrund, etc. wird diskutiert. Und welche Verantwortung hat die Gesellschaft – haben diese Gesellschaften – in Bezug auf Gesundheit? Oder liegt Gesundheit sowieso ausschließlich in der eigenen Verantwortung eines jeden einzelnen Menschen? Aber was hat die österreichische Gesellschaft im letzten Arbeitsjahr am meisten beschäftigt?

Österreich ist kein isolierter Staat für sich allein. Wir leben unter anderem in der Europäischen Union und werden kurz nach unserer Jahrestagung den Vorsitz in der EU für ein halbes Jahr übernehmen. Und im Rahmen dieses Vorsitzes wurden auch viele Gesundheitsthemen als Schwerpunktthemen definiert, beispielsweise den Zugang zu gesunder Ernährung. Dies erfordert ein Zusammenspiel von verschiedensten Politikbereichen. Unser Tagungsmotto lehnt sich nicht zufällig an das Motto „Health in all Policies“ an. Die ÖGPH wird bei der Umsetzung dieser politischen Schwerpunkte gemeinsam mit unserer europäischen Dachgesellschaft, der European Public Health Association, eine aktive Rolle spielen. Wir sind ja auch ein gut eingespieltes Team, haben wir doch 2016 mit der European Public Health (EPH) Tagung, die nach wie vor größte je stattgefundene Public Health Veranstaltung in Europa (Stockholm war etwa gleich gut besucht wie Wien), organisiert. Die Präsidentin der EUPHA weist in einer ersten Keynote Präsentation bei der ÖGPH Tagung darauf hin, was die EU Ratspräsidentschaft für Österreich und insbesondere für die österreichische Public Health Community bedeutet.

Im vergangenen Arbeitsjahr hat kaum etwas die österreichische Public Health Szene so sehr bewegt, aufgeregt, aber auch zu Forschungstätigkeit beflügelt wie die Debatte um das Kippen des geplanten Rauchverbotes in der Gastronomie. Die Evidenz ist eindeutig, dass durch die hohe und (entgegen internationalen Trends) in vielen Bevölkerungsgruppen immer noch steigende RaucherInnenprävalenz in Österreich unwahrscheinlich viel Krankheiten, Leid, Produktivitätsverlust, und vor allem vermeidbare Todesfälle produziert werden. Jede politische Anstrengung dem entgegenzuwirken ist aus vernünftiger, gesundheitlicher, ökonomischer und moralischer Sicht eine absolute Notwendigkeit. Als Public Health Community haben wir mit der Vienna Declaration der europäischen Public Health Gesellschaften unser Commitment dazu abgegeben, aufzuzeigen, falls politische Entscheidungen getroffen werden, die sich gegen die Gesundheit der Menschen richten und politische „EntscheidungsträgerInnen für ihre Taten im Streben nach einer besseren Gesundheit zur Verantwortung zu ziehen“. Die österreichische Tabakpolitik gibt uns dazu genügend Gelegenheit, und wird unsere Gesellschaften sicher auch in nächster Zukunft noch weiter beschäftigen. Als wissenschaftliche Gesellschaft ist es dabei unsere Aufgabe sich auf die Fakten und Evidenz, soweit vorhanden, zu besinnen und darauf zu verweisen, und Fakten einzufordern und Evidenz zu kreieren, soweit nicht vorhanden. Das zweite Plenary der Tagung widmet sich der evidenzbasierten Tabakpolitik.

Ein weiteres Thema, das die Public Health Community im letzten Jahr beschäftigt hat, war, wie schon in den Jahren davor, die Stärkung der Primärversorgung. Die ÖGPH hat ihre Wintertagung, die dieses Jahr gemeinsam mit unseren deutschen und schweizerischen Schwesterngesellschaften zur 3-Ländertagung ausgeweitet wurde, dem Thema Primärversorgung gewidmet, und widmet sich in ihrem dritten Plenary dieser Tagung auch dem Thema. Primärversorgung ist jene Ebene der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung, die den ersten Kontakt von Patientinnen und Patienten mit dem Gesundheitssystem darstellen sollte, in der die verschiedenen weiteren Stellen des Versorgungssystems koordiniert werden

sollten, in der die Menschen mit allen ihren Gesundheitsressourcen und Gesundheitsbeeinträchtigungen bekannt sein sollten, und in der eine umfassende Gesundheitsversorgung, die Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Rehabilitation beinhalten, stattfinden sollte. Eine Stärkung der Primärversorgung hat viele Vorteile, und ist mit besserer Gesundheit der Bevölkerung, besserer Qualität in der Koordination und Kontinuität der Versorgung, und kalkulierbareren Kostensteigerungen im Gesundheitssystem verbunden. Leider wird die Diskussion über Stärkung der Primärversorgung in Österreich häufig durch die Diskussion über Etablierung von Primärversorgungszentren ersetzt. Diese könnten zwar dazu beitragen die Primärversorgung zu stärken, jedoch müssen auch andere Maßnahmen gesetzt werden, die unumgänglich sind wenn man die Stärkung der Primärversorgung ernst nimmt. Diese inkludieren eine Stärkung des Prestiges der in der Primärversorgung tätigen Personen, Incentives in der Primärversorgung überhaupt tätig zu werden, interprofessionelle Vernetzung und die Voraussetzung für verschiedene Gesundheitsberufe überhaupt Verantwortung im interdisziplinären Team übernehmen zu können, Abrechnungssysteme, die nicht ausschließlich auf „fee for service“ beruhen, sondern auch etwa ärztliche Gesprächsführung, präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen fördern, sowie die Etablierung eines Gatekeeping-Systemes damit die Patientinnen und Patienten nicht unkoordiniert die spezialisierte extramurale oder Krankenhausversorgung in Anspruch nehmen.

Im vierten Plenary geht es um die Arbeit. In unserer Gesellschaft gibt es verschiedene Möglichkeiten Arbeit als Teil des Lebenskonzeptes zu verstehen. Viele Menschen sprechen von „Work-Life-Balance“ und gehen von einer Vorstellung aus, Lebenszeit in Form von Arbeit zu verkaufen, damit sie sich dann das Leben in der übrigen Zeit leisten können. Diesem Konzept gegenüber steht die Vorstellung, dass Arbeit ein wichtiger integraler Faktor im Leben darstellt, und dass man das, was Gesundheit in einer gängigen Definition ausmacht, nämlich einen produktiven Beitrag für die Gesellschaft zu leisten, am besten in der Arbeit verwirklichen kann. Traditionell wird Arbeit in unserer Gesellschaft aus zwei sich (auch ideologisch) gegenüberstehenden Perspektiven diskutiert, nämlich die der ArbeitnehmerInnen und die der ArbeitgeberInnen. Diese Perspektiven werden häufig gegeneinander ausgespielt. Was dabei jedoch nicht berücksichtigt ist, ist die Tatsache, dass wenn es um die Gesundheit und die Steigerung und Förderung derselben geht, alle Beteiligten gleichermaßen davon profitieren. ArbeitnehmerInnen durch besseres Wohlbefinden, höheren Selbstwert und höhere Zufriedenheit, und ArbeitgeberInnen durch bessere Produktivität, höhere Qualität der Arbeit und weniger Fehlzeiten. Die Gesellschaft profitiert ebenfalls, durch eine bessere Volkswirtschaft, weniger Gesundheitsausgaben und weniger Pensionskosten. Um die Arbeitsfähigkeit („Workability“) möglichst aufrechtzuerhalten braucht es persönliche, arbeitsplatzbedingte und gesellschaftliche Anstrengungen, die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, der Kuration, und der Rehabilitation (auch der sozialen) beinhalten.

Der allerwichtigste wissenschaftliche Input für eine bessere, gesündere Gesellschaft kommt aber von den Mitgliedern der Gesellschaft, nämlich der Österreichischen Gesellschaft für Public Health (und allen, die es noch werden), selbst. Sie tragen den Großteil der wissenschaftlichen Inputs bei der Jahrestagung. Wieder gab es einen neuen Rekord an eingereichten wissenschaftlichen und good-practice Abstracts, und organisierten Symposia und Workshops. Diese sind in diesem Tagungsband gemeinsam mit den Abstracts der Plenaries abgedruckt. Herzlich bedanken möchte ich mich bei allen, die zu diesem Abstractband beigetragen haben. Neben den Autorinnen und Autoren sind dies vor allem unsere Kooperationspartner, die Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft, die bereits zum dritten Mal mit uns diese Tagung veranstaltet, und die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), die zu unserer aller Freude zum ersten Mal Kooperationspartnerin der ÖGPH Tagung ist.





## Editorial GÖG/FGÖ

**Herwig Ostermann<sup>1</sup>, Klaus Ropin<sup>2</sup>;**

<sup>1</sup>Geschäftsführer Gesundheit Österreich GmbH, <sup>2</sup>Geschäftsbereichsleiter Fonds Gesundes Österreich.

Gesundheit in allen Politik- und Gesellschaftsbereichen – eine Vision, die immer konkretere Gestalt annimmt. Auf kommunaler Ebene war schon lange bekannt, dass nahezu jede politische Maßnahme Auswirkungen auf die Gesundheit der Menschen hat. Der Sprung in den überregionalen und internationalen Kontext gelang dem Health in all Policies-Ansatz erst vor einigen Jahren. Zu groß war lange Zeit die Befürchtung der anderen Politikfelder, die Gesundheit könnte eine zu dominante Rolle anstreben. Doch bei Health in all Policies (HiAP) ging es nie um eine Vormachtstellung der Ressorts, sondern vielmehr darum, ein gemeinsames Verständnis für Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit quer durch alle Bereiche der Gesellschaft herzustellen. Die Politik sollte sich auf allen Ebenen dafür einsetzen, die Gesundheit der Bevölkerung so gut wie möglich zu fördern.

Dieses Bestreben macht weder vor regionalen noch nationalen Grenzen Halt. Global zu denken und lokal zu agieren, ist auch bei der Gesundheit eine empfehlenswerte Strategie. Ohne die zahlreichen Aktivitäten in unterschiedlichen Settings und Lebenswelten, in denen Menschen leben, lieben und arbeiten kann Gesundheit nicht gefördert und entwickelt werden. Doch es braucht auch den großen Rahmen, die Vernetzung und einen positiven Wettbewerb einzelner Ressorts und Länder.

Wesentliche Public Health Veränderungen wären ohne Strategien und Unterstützung durch die WHO und die Europäische Union nicht zustande gekommen. Zu denken ist hier etwa an die Verbreitung der Gesundheitsförderung durch die Ottawa Charta, die Weiterentwicklungen im Bereich Tabakprävention oder auch die vielen Bemühungen, gute Rahmenbedingungen für gesunde Ernährung und Lebensmittelsicherheit zu schaffen. Aber auch innovative Public Health oder Gesundheitsförderungsansätze aus einzelnen Ländern können im Rahmen von grenzüberschreitenden Kooperationen wertvolle Beiträge für andere Länder oder EU-weiter Strategien leisten.

So hat sich Österreich etwa bei der Erarbeitung seiner Gesundheitsziele an internationalen Modellen guter Praxis orientiert und diese in einem partizipativen Projekt zu einem europäischen Vorzeigeprojekt weiterentwickelt. Auch bei den Frühen Hilfen, einem Programm zur Frühintervention bei Kindern, konnten Erfahrungen aus anderen Ländern erfolgreich auf die regionale Ebene in Österreich übertragen werden. Nur durch die Beteiligung an europäischen oder internationalen Strategien und Maßnahmen ist es möglich, Ressourcen zu bündeln und gemeinsame Strategien für globale Herausforderungen, wie etwa chronische Krankheiten oder gesundheitliche Ungleichheit zu entwickeln.

Darum pflegen und fördern die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) Kooperationen mit nationalen und internationalen Institutionen und wissenschaftlichen Einrichtungen, um die Forschung und Beratung auf europäischer und globaler Ebene im Public Health Bereich gemeinsam voranzubringen und Innovationen zu ermöglichen. Geleitet werden sie dabei alle von einem gemeinsamen Ziel – die Gesundheit der Menschen in allen Ländern, Gesellschafts- und Politikbereichen mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu fördern und zu stärken. Wir freuen uns, dass die ÖGPH seit Jahren eine Plattform für Wissenstransfer, Capacity Building und Vernetzung in der Public Health Community darstellt und für uns ein wichtiger und verlässlicher Partner geworden ist.

## Editorial SVA

**Alexander Herzog;**

Obmann-Stellvertreter der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft

Das oberste Ziel einer Gesundheitsversicherung ist es, die gesunden Lebensjahre ihrer Kunden zu verlängern. Deshalb muss die Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt gestellt werden – ob mit gesunder Ernährung, Bewegung oder Nichtraucher-Aktivitäten – und die Gesundheitskompetenz gestärkt werden. Besonders in Österreich.

Gesunde Lebensjahre der Österreicher erhöhen

Österreich liegt bei den Gesundheitsausgaben und der Lebenserwartung international im Vergleich weit vorne, doch leider auch bei der Anzahl der Lebensjahre, die wir mit verminderter Lebensqualität in Krankheit verbringen. Statistisch gesehen haben Österreicher die Aussicht auf 59 gesunde und beschwerdefreie Lebensjahre. Bei einer durchschnittlichen Lebenserwartung von mehr als 80 Jahren gehen uns mehr als 20 Jahre an Lebensqualität durch Krankheit verloren, während man in Schweden durchschnittlich „nur“ 12 Jahre in Krankheit verbringt.

Die rund 38 Mrd. Euro, die wir in Österreich pro Jahr in unsere Gesundheitsversorgung investieren, tragen nur zum Teil dazu bei, die Menschen langfristig bei Gesundheit zu halten. Denn 80 % unserer Gesundheit sind determiniert durch andere Faktoren wie Umwelt, Biologie und ganz besonders durch den Lebensstil und das Gesundheitsverhalten. Heute basieren 80 % der Krankheitslast in Österreich auf Zivilisationskrankheiten, und viele dieser Erkrankungen wie Diabetes-Typ-II oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen würden sich allein durch den Lebenswandel vermeiden lassen. Hier greift eine reine Reparaturmedizin zu spät.

Wir bei der SVA kümmern uns mit diversen Gesundheitsprogrammen darum – wie dem SVA Gesundheitshunderter, dem Vorsorge-Programm „Selbständig Gesund“ oder diversen Themen-Camps zu Bewegung, Burnout-Prophylaxe oder zur Tabakentwöhnung. Aber es gibt in Österreich noch viel Potential nach oben: Wir brauchen gesamtheitlich gesehen ein Gesundheitssystem, das nicht nur die Diagnose und Reparatur von Krankheiten in den Mittelpunkt stellt, sondern den Menschen vorweg gesund erhält: Vorbeugen ist besser als heilen.

Thema der EU-Ratspräsidentschaft 2018: Health Technology Assessment

Ob Reparaturmedizin oder Gesundheitsvorsorge: Länderübergreifendes Health Technology Assessment (HTA) – die Bewertung von Beratungsleistungen und Versorgungsstrukturen sowie medizinischen Maßnahmen im Gesundheitsbereich – kann unterstützende Entscheidungen im Gesundheitswesen zu treffen. Insbesondere, wenn ein länderübergreifender Austausch passiert. Im Rahmen der österreichischen EU-Ratspräsidentschaft 2018 wird dies wichtiges Thema sein, denn hier können sicherlich noch Synergie-Potentiale entdeckt werden.

Eine Analyse der stetig steigenden Kosten im Gesundheitssystem zeigt als Ursachen vor allem den demographischen Wandel und medizinische Innovation. Beides ist finanzierbar, aber nur, wenn rechtzeitig Vorsorge getroffen wird, dass die Menschen noch länger gesund bleiben. Lassen Sie uns gemeinsam daran arbeiten.

**Plenumsvorträge**

**Parallel Session I**

**Parallel Session IIa**

**Parallel Session IIb**

**Parallel Session IIc**

**Parallel Session IId**

**Parallel Session IIe**

**Parallel Session IIIa**

**Parallel Session IIIb**

**Parallel Session IIIc**

**Parallel Session IIId**

**Parallel Session IIIe**

**Parallel Session IVa**

**Parallel Session IVb**

**Parallel Session IVc**

**Parallel Session IVd**

**Parallel Session IVb**

**Posterpräsentationen Ia**

**Posterpräsentationen Ib**

**Posterpräsentationen Ic**



# Plenumsvorträge



## Plenum I

### European Public Health Perspectives

**Natasha Azzopardi Muscat;**

*President European Public Health Association (EUPHA)*

European Public Health has advanced considerably over the past 25 years. 1992 can be singled out as a special year that marks the birth of European Public Health. For the first time, the European Union was given a formal mandate to address public health issues and complement the actions of individual Member States. The comparative study and research of health at population level also took on an important perspective around this time and last year EUPHA celebrated its 25th anniversary. Whilst the research community and work in public health in Europe has grown, public health practitioners are facing considerable challenges in implementing research evidence in practice to improve population health at national and local levels. This is a result of a combination of factors including changing political landscapes, the after effects of the financial crisis, socio-demographic shifts and new ways of communication. There has also been a growing sense of complacency that in Europe the major health scourges have been addressed with major increases in life expectancy having been achieved. The reality is that increases in life expectancy have been differentially distributed both between and within European countries. Health inequalities remain an important issue and are becoming a threat to societal cohesion. Risk factors such as tobacco, alcohol consumption and poor diets remain hugely important contributors to reductions in both life expectancy, disease burden and quality of life. Besides these traditional threats, Europe is also facing new public health threats such as social media impacts on mental health in adolescents and loneliness in the elderly.

The current opportunity for public health and health systems seems to lie in full engagement with the sustainable development goals which seek to address the lives of people, economic prosperity and the planet. There is however a risk that public health at European level is being gradually squeezed out and becoming peripheral on the agenda as the sustainable development goals are perceived as something that is on one hand global and on the other hand local. This risk is made more real with the discourse at European level being one where health is viewed as a 'small' thing and something that can be dealt with effectively at individual country level. Furthermore, specific initiatives such as vaccination or health technology assessment whilst both important and commendable, are being prioritised in the absence of a fuller societal approach to health improvement with an explicit commitment to address the political and commercial determinants of health.

The European Public Health Association, recognises that there is a need for public health research, advocacy and action at European level today as much as ever before. Public health practitioners working at local, regional and national levels need to be well informed, networked and supported to be able to make a positive and meaningful impact. The European Union through its policies and programmes has the potential to shape the health and well-being of millions of EU citizens, citizens of neighbouring European countries as well as persons living further afield in other continents. The World Health Organisation, has made the pursuit and implementation of the sustainable development goals a top priority but it needs Europe engaged as an active and committed partner to deliver this ambitious agenda successfully.

As Austria takes on the mantle of the Presidency of the Council of the European Union, there is a window of opportunity to shape and develop the health agenda for the European Union and beyond in the years to come. National public health associations can play an instrumental role in presenting the evidence and advocating for action.

## Plenum II

### Evidenzbasierte Tabakpolitik Public Health Maßnahmen gegen Rauchen

**T. E. Dorner;**

*Österreichische Gesellschaft für Public Health*

Rauchen ist für eine Vielzahl von Krankheiten und vermeidbaren Todesursachen mitverantwortlich, allen voran Krebserkrankungen in allen Organsystemen und Herz- Kreislaufkrankungen. Die Mortalität an Herz- Kreislaufkrankungen ist in Österreich zwar in den letzten Jahrzehnten deutlich zurückgegangen, nicht jedoch in dem Ausmaß, wie sie in anderen OECD-Ländern zurückgegangen ist. Wahrscheinlicher Grund dafür ist, dass die Prävalenz des Rauchens in den letzten Jahrzehnten international deutlich gesunken ist, nicht jedoch in Österreich. Während die Raucherprävalenz bei den Männern in Österreich in den letzten Jahren gleich geblieben ist, ist sie bei den Frauen deutlich und signifikant gestiegen. Vergleicht man die RaucherInnenprävalenz in Österreich zwischen den Gesundheitsbefragungen durch Statistik Austria aus den Jahren 2006/07 und 2014, so kam es bei den Frauen zu einem signifikanten Anstieg in der RaucherInnenprävalenz besonders bei den 30-64jährigen, bei Frauen mit niedriger Schulbildung und bei Frauen mit Migrationshintergrund. Weiters ist ein Anstieg des Rauchens bei Frauen mit chronischen Krankheiten (+67% z.B. bei Frauen mit Diabetes mellitus) besonders auffällig. Bei den Männern kam es zu einem signifikanten Anstieg der Raucherprävalenz bei Arbeitslosen.

Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt eine Reihe von Maßnahmen gegen Rauchen. Diese werden mit dem Akronym „MPOWER“ abgekürzt. Diese Buchstaben stehen für das Monitorieren der RaucherInnenprävalenz und Präventionsstrategien, Schutz („protect“) der Bevölkerung vor Rauchexposition, Angeboten („offer“) zur Tabakentwöhnung, Warnhinweisen zur Gefährlichkeit von Tabakprodukten, Werbeverbot („enforce bans“) für Tabakprodukte und Erhöhung von Tabaksteuer („raise taxes“). In WHO Berichten fällt Österreich besonders in der Kategorie „P“ negativ auf, da hier eindeutig sehr wenige Maßnahmen zum Schutz vor Tabakexposition gesetzt werden. Schutz vor Tabakexposition schützt sowohl die NichtraucherInnen als auch die RaucherInnen selbst. Und die Maßnahmen dazu, die in Österreich gesetzlich gesetzt werden, werden unzureichend umgesetzt und monitiert. Zudem gibt es nun auch Rückschritte in der österreichischen Tobacco-Policy im Bereich Schutz vor Tabakexposition, insbesondere in der Gastronomie, aber auch im Bereich Tabak-Steuern.

Was aber hat ein Rauchverbot in der Gastronomie für einen Einfluss auf die RaucherInnenprävalenz? Eine eigene Analyse von 9 OECD Ländern, die ein Rauchverbot in der Gastronomie eingeführt hatten und ein gutes RaucherInnenmonitoring haben, zeigt, dass die RaucherInnenprävalenz sowohl vor als auch nach Einführung des Smoking Bans in diesen Ländern gesunken ist. Ein deutlicher Knick in der RaucherInnenprävalenz nach Einführung des Verbotes ist nicht zu erkennen. Das kann entweder so interpretiert werden, dass entsprechende Gesetze zum Schutz vor Tabakrauch erst dann verabschiedet werden, wenn ohnehin schon die RaucherInnenprävalenz sinkt, die Bevölkerung also dafür bereits bereit ist, und somit mit einem großen Zuspruch der Bevölkerung zu einem Verbot zu erwarten ist. Eine alternative Interpretationsmöglichkeit, die auch für Österreich hoffen lässt, ist, dass bereits vor Einführung eines Rauchverbotes, also in Zeiten mit großem öffentlichen Diskurs darüber viele RaucherInnen ihre Rauchgewohnheiten zu überdenken und aufhören, und viele Menschen erst gar nicht mit dem Rauchen beginnen, und dass somit bereits vor Einführung des Rauchverbotes die RaucherInnenprävalenz sinkt. Ein Abwärtstrend, der auch nach Einführung des Rauchverbotes weiter anhält. Auch wenn Rauchverbote in der Gastronomie sich möglicherweise nicht direkt auf den Anteil der rauchenden Bevölkerung auswirken, so ist der positive Effekt eines Rauchverbots in der Gastronomie auf die Prävalenz von Lungen- und Herz-Kreislaufkrankungen und die Inzidenz auf kardio-vaskuläre Events völlig unumstritten.

Zusammengefasst lässt sich mit Gewissheit sagen, dass wenn Österreich nicht weiter in der Mortalität von vermeidbaren Todesursachen den anderen OECD-Ländern hinterherhinken möchte, eine Verstär-



kung der Public Health Maßnahmen zur Reduktion des Rauchens unumgänglich ist. Letztendlich wird nicht eine einzelne Maßnahme zur Reduktion der RaucherInnenprävalenz führen, sondern dafür braucht es ein Paket an Maßnahmen, die vermitteln, dass Rauchen nicht etwas sozial Erwünschtes oder gar Erstrebenswertes ist. Wird beispielsweise Rauchen in Restaurants erlaubt, oder werden Tabakprodukte nur gering versteuert, vermittelt das, dass Rauchen ja gar nicht so schädlich sein kann. Die empfohlenen EMPOWER Maßnahmen müssen konsequent umgesetzt und auch monitiert werden, da sie in ihrer Kombination zu einer notwendigen kulturellen Veränderung beitragen. Auch klinische Implikationen lassen sich ableiten, und RaucherInnentherapie sollte als Routinemaßnahme insbesondere bei PatientInnen mit chronischen Erkrankungen, entsprechend der klinischen Leitlinien tatsächlich angeboten und durchgeführt werden.

## Aufgaben und Erfahrungen der österreichischen Sozialversicherung zu Tabakentwöhnung

E. Pickl<sup>1</sup>, S. Stürzenbecher<sup>2</sup>;

<sup>1</sup>Institut für Gesundheitsförderung und Prävention, <sup>2</sup>Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung

### Ausgangslage und Zielsetzung.

Aufgabe der Sozialversicherung (SV) ist es u.a. auch Maßnahmen für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention zu setzen. In diesem Zusammenhang hat das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH in Zusammenarbeit mit SV-Trägern (in Anlehnung an das des Schweizer Ergebnismodell) eine Strategie zur Tabakprävention erarbeitet. Übergeordnetes Ziel ist es mit aufeinander abgestimmten Lebenswelt-orientierten Maßnahmen, einen Beitrag zur Erhöhung der an gesunden Lebensjahren in der österreichischen Bevölkerung, insbesondere durch die Reduktion von Morbidität und Mortalität aufgrund tabakassoziierter Erkrankungen, zu leisten. Im Folgenden vorgestellte Aktivitäten der SV beziehen sich auf das Handlungsfeld „Gesundheitsförderliche Angebote“.

### Projekthinhalte.

Die Sozialversicherung (SV) hat österreichweit ein vielfältiges Angebot im Bereich der RaucherInnenentwöhnung und -beratung. Neben dem österreichweit kostenlosen Rauchfrei-Telefon wird eine Vielzahl an ambulanten und stationären Entwöhnungen angeboten, wobei sich Inhalte und Methoden der Angebote an der Expertenempfehlung für Tabakentwöhnung der österreichischen Sozialversicherung orientieren. Mit dem Ziel einer standardisierten Dokumentation und Evaluation werden die Entwöhnungsangebote der SV mit dem sog. Minimal Data Set (minimaler Datensatz, zur Sammlung von standardisierten Daten) erfasst.

Dazu ergänzend wurde in Zusammenarbeit mit namhaften ExpertInnen eine umfassende Fortbildungsreihe zur RaucherInnenberatung und -entwöhnung für alle Gesundheitsberufe, insbesondere aber für ÄrztInnen und PsychologInnen, erarbeitet, welche seit einigen Jahren erfolgreich vom Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH umgesetzt wird.

### Ergebnis.

Aktuelle Zahlen zeigen, dass innerhalb eines Jahres 2.450 Personen an einem ambulanten oder stationären Tabakentwöhnungsangebot der österreichischen Sozialversicherung teilgenommen haben. Nach 6 Monaten betrug der Rücklauf 44,6%, die Intention-to-treat-Rate variierte je nach Setting stark, sie betrug durchschnittlich 23,4%.

Dazu ergänzend steht erstmals auch in Österreich eine umfassende modulare Fortbildungsreihe zur RaucherInnenentwöhnung und/oder -beratung (6 Module) nach aktueller Evidenz zur Verfügung, die mit einem Diplom für RaucherInnenberatung bzw. -entwöhnung nach dem Qualitätsstandard der österreichischen Sozialversicherung abschließt. Bisher wurden bereits 157 Diplome für Raucherberatung und 168 Diplome für Raucherentwöhnung verliehen.

### Schlussfolgerung.

Die Sozialversicherung ist ein wesentlicher Akteur in der Tabakprävention und bietet u.a. ein umfassendes, aufeinander abgestimmtes und qualitätsgesichertes Angebotsportfolio im Bereich der Tabakentwöhnung an.





## Plenum IV

### Podiumsdiskussion: Arbeitswelt und Gesundheit - Rahmenbedingungen und

**A. Strehn<sup>1</sup>, C. Lackinger<sup>2</sup>;**

<sup>1</sup>Sozialversicherung der Gewerblichen Wirtschaft, <sup>2</sup>SPORTUNION Österreich, Wien, Austria.

Den mittlerweile traditionellen Abschluss der ÖGPH Tagung bildet eine Podiumsdiskussion zu einem aktuellen Public-Health Thema. Heuer widmet sich die Diskussion dem Thema „Arbeitswelt und Gesundheit: Rahmenbedingungen und Weichenstellungen auf individueller Ebene“.

Bekannt ist, dass die Arbeitswelt einen wesentlichen Einfluss auf das gesamte Leben hat und durchwegs als Gesundheitsressource genutzt werden kann. Aber auch gesundheitliche Risiken wie Burn-Out, Mobbing, prekäre Beschäftigungsverhältnisse, Lohndumping, chronischer Rückenschmerzen, Fehlzeiten und Präsentismus sind charakteristisch für Arbeitswelten.

Die negativen Folgen der Arbeitslosigkeit fehlen leider häufig in Berichterstattungen, wenn Herausforderungen in der Arbeitswelt thematisiert werden.

Die Arbeitswelt verändert sich in einem rasanten Tempo. Arbeitnehmer und Arbeitgeber suchen nach neuen Arten die anfallende Arbeit zu erledigen. Zeitarbeit, befristete Stellen, Arbeit als „Ein-Personen-Unternehmen“ gehören zu den flexiblen Arbeitsmodellen. Das Streben der Arbeitnehmer nach einer ausgewogenen Work-Life-Balance gewinnt zunehmend einen höheren Stellenwert. Änderungen in der Arbeitswelt haben selbstverständlich auch Auswirkungen auf die Gesundheit.

Die Arbeitswelt verbunden mit ihren gesundheitlichen Chancen und Risiken ist ein wichtiges Setting, auch im Hinblick auf das übergeordnete Tagungsthema „Health in all Societies“.

Welche politischen Entscheidungen auf nationaler oder europäischer Ebene beeinflussen die Arbeitswelt? Welche fördernden oder hemmenden Rahmenbedingungen beeinflussen arbeitssuchende Menschen? Welche Auswirkungen haben diese Gegebenheiten auf das Individuum, bis hin zur Grundsatzdiskussion, welchen Stellenwert hat der „Faktor Arbeit“ in unserer Gesellschaft überhaupt noch? Wie beeinflussen sich Arbeit und Gesundheit gegenseitig?

Die TeilnehmerInnen an der Podiumsdiskussion sind:

- **Dr. Gert Lang** – Fonds Gesundes Österreich
- **MMag. Michael Schneider, MBA** – Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
- **Univ. Prof. Dr. Jasminka Godnic-Cvar** – Competence Centers für Arbeitssicherheit und Gesunderhaltung – Medizinischer Universitätscampus Wien
- **Dr. Günter Diem** – Österreichische Gesellschaft für Public Health
- **Mag.<sup>a</sup> Barbara Libowitzky** – Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

# Parallel Session I Workshops



## Spiel der Gesundheitsdeterminanten

M. Bäck, R. Birgmann, M. Peböck;

Institut für Gesundheitsplanung, Linz, Austria.

Ziel des „Spiels der Gesundheitsdeterminanten“ ist es, auf interaktive Weise zu erleben, wovon Gesundheit beeinflusst wird. Das Spiel der Gesundheitsdeterminanten orientiert sich am Regenbogenmodell nach Dahlgren & Whitehead. Es ist so angelegt, dass man die Auswirkungen gesundheitsfördernder und pathogener Einflüsse über einen je nach Spielverlauf schwerer oder leichter werdenden „Lastenrucksack“ erleben kann.

Zu Spielbeginn ziehen die SpielerInnen eine Karte, mit der man eine Identität für das Spiel annimmt. Diverse Identitäten zeigen die unterschiedlichen Startbedingungen auf, mit denen Menschen ausgestattet sind, und die sich auf die Gesundheit auswirken (z. B. unterschiedlicher sozioökonomischer Status). Bereits in dieser Phase des Spiels werden die Determinanten der Gesundheit erlebbar, indem das Startgewicht des Lastenrucksacks je nach Identität variiert. Ein wohl behütetes Kind hat beispielsweise einen leichteren Lastenrucksack als Ausgangssituation, als ein Kind aus prekären Verhältnissen.

Das Spiel beginnt und in jeder Runde werden je nach Würfelergebnis Ereigniskarten gezogen. Für jede Ebene des Determinantenmodells gibt es Ereigniskarten. Durch Würfeln wird bestimmt, von welcher Ebene der/die SpielerIn eine Ereigniskarte in der jeweiligen Runde ziehen darf. Die Ereignisse wirken sich unmittelbar auf die Gesundheit der SpielerInnen aus. Dies wird durch einen schwerer oder leichter werdenden Lastenrucksack erlebbar gemacht. Plötzliche Arbeitslosigkeit führt beispielsweise zu einer negativen Auswirkung auf die Gesundheit (= Erhöhung des Gewichts im Lastenrucksack), während sich ein neues Erholungsgebiet im Wohnumfeld positiv auswirkt (= Verringerung des Gewichts). Zum Abschluss werden die Rucksäcke der SpielerInnen gewogen und die Einflussfaktoren auf die Gesundheit gemeinsam reflektiert.

### Der Workshop ist wie folgt aufgebaut

Zuerst wird es einen etwa 20-minütigen Input geben. Darin wird auf den Entstehungszusammenhang, den Hintergrund, den Zweck sowie die Spielregeln des „Spiels der Gesundheitsdeterminanten“ eingegangen. Es soll aufgezeigt werden, dass das Spiel für unterschiedliche Zielgruppen und Settings geeignet ist – sei es für Personen, die im Gesundheitsbereich tätig bzw. in Ausbildung sind, SchülerInnen, Betriebe, Gemeinden etc. Der Hauptteil des Workshops ist das Spiel selbst. Die TeilnehmerInnen werden zu AkteurInnen, indem sie das Spiel selbst ausprobieren. Abschließend werden im Plenum die Erfahrungen reflektiert und diskutiert.

## Workshop für Early Career Public Health Researcher

F. M. Amort<sup>1</sup>, T. E. Dorner<sup>2</sup>;

<sup>1</sup>FH JOANNEUM University of Applied Sciences, Bad Gleichenberg, Austria, <sup>2</sup>Zentrum für Public Health Medizinische Universität Wien, Wien, Austria.

### Hintergrund

In Österreich etablierten sich in den vergangenen Jahren zahlreiche Hochschulangebote für Ausbildungen in Public Health (PH), Gesundheitsmanagement, Gesundheitsförderung bzw. Gesundheitswissenschaften. Außerdem ist PH ein wichtiger Bestandteil vieler universitärer Studienrichtungen. Auch die gehobenen medizinisch-technischen Dienste, Pflegeberufe und die Medizin sind selbstverständliche Teile dieser gewandelten Ausbildungslandschaft. Ein nicht unwesentlicher Teil der Personen, die diese Ausbildungswege beschreiten, strebt dabei eine Promotion und eine forschende Berufstätigkeit an. Die Österreichische Gesellschaft für Public Health (ÖGPH) bietet ihren Early Career Mitgliedern derzeit alle ihre Mitglieder-Services (u.a. das elektronisches Abonnement des European Journals of Public Health) zu einem reduzierten Mitgliedsbeitrag von 30€/Jahr an, möchte aber die Möglichkeit des Austauschs und der Vernetzung unter Early Career Researcher\_innen innerhalb der ÖGPH in den kommenden Jahren fördern und ausbauen. Auf europäischer Ebene sind in der European Public Health Association derzeit fast 2000 Student\_innen und Early Career Researcher\_innen in der EUPHAnxt Gruppe vernetzt. Die Ressourcen und Potentiale dieser Gruppe soll in den nächsten Jahren für österreichische Early Career Researcher\_innen der PH besser zugänglich gemacht werden.

### Ziel des Workshops

Ziel dieses Workshops ist es, einen Austausch und eine Vernetzung von Early Career Researcher\_innen der PH in Österreich zu bieten. Gemeinsame Bedarfe, Bedürfnisse und Potentiale für eine bessere nationale (und europäische) Vernetzung sollen diskutiert und dokumentiert werden.

### Methode

Am Beginn des Workshops erfolgt ein Kennenlernen der Teilnehmer\_innen durch ein Scientific Speed Dating. Kurze Inputs zur ÖGPH und ihren Kompetenzgruppen und ihrem Early Career Programm sowie zu EUPHAnxt bieten eine grundlegende Informationsbasis. Eine Kurzpräsentation der Ergebnisse einer Umfrage bei FH-Absolvent\_innen im Bereich Gesundheitsmanagement gibt einen Einblick in mögliche Bedarfe und Bedürfnisse der Vernetzung. In Gruppendiskussionen werden folgende Fragen diskutiert werden: a. Welche Bedarfe und Bedürfnisse haben Early Career Researcher\_innen der PH bezüglich Vernetzung? b. Welche Bedarfe und Bedürfnisse an Fortbildungen abseits ihrer Ausbildungseinrichtungen haben Early Career Researcher\_innen der ÖGPH? c. Besteht ein konkretes Interesse eine Kompetenzgruppe für Early Career Researcher\_innen innerhalb der ÖGPH zu etablieren? d. Welche ehrenamtlichen Ressourcen sind bei interessierten Personen verfügbar, um einen solchen Prozess der Vernetzung und Karriereförderung in Gang zu bringen?

### Ausblick

Die Ergebnisse der Diskussion werden als Fotoprotokoll dokumentiert und bilden die Basis für weitere Handlungsschritte.



## Joint HTA for all Societies - Wunschvorstellung oder Schreckgespenst?

**B. Piso<sup>1</sup>, I. Zechmeister-Koss<sup>2</sup>, J. Mayer-Ferbas<sup>2</sup>;**

<sup>1</sup>Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Austria, <sup>2</sup>Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, Wien, Austria.

### Hintergrund

HTA (Health Technology Assessment) ist eine wissenschaftliche Methode zur evidenz-informierten Entscheidungsunterstützung im Gesundheitswesen. Da neue Gesundheits“technologien“ Gesundheitssysteme über Grenzen hinweg vor die Frage des Nutzens (hinsichtlich Wirksamkeit und Sicherheit) sowie weiterer Implikationen der Anwendung (z.B.: ökonomische oder organisatorische Auswirkungen) stellen, arbeiten Europäische HTA-Institutionen seit mehr als 10 Jahren im Rahmen sogenannter Joint Actions (JA) auf freiwilliger Basis in EUnetHTA [1] zusammen. Zur Stärkung der weiteren Kooperation nach dem Auslaufen der aktuellen JA im Jahr 2020 beauftragte die Europäische Kommission zahlreiche Vorarbeiten, die in einen Vorschlag für eine Verordnung über die gemeinsame Bewertung von Gesundheitstechnologien mündete [2]. Dieser Verordnungsvorschlag wurde im Jänner 2018 veröffentlicht und sorgt seither für kontroverse Diskussion, sowohl innerhalb der Mitgliedsstaaten als auch auf Europäischer Ebene. Unter dem österreichischen Ratsvorsitz im 2. Halbjahr 2018 soll das Thema intensiviert in der zuständigen Ratsarbeitsgruppe behandelt werden. Auch das Europäische Parlament hat einen Meinungsbildungsprozess begonnen. Ziel des Workshops ist es, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in Ihrer eigenen Meinungsbildung zur grenzüberschreitenden Bewertung von Gesundheitstechnologien zu unterstützen.

### Workshopformat:

1.Inputs (max. 40 min)

a) HTA in Österreich aus der Perspektive der wissenschaftlichen Ersteller (LBI-HTA): Im Vortrag werden einerseits gelebte Good-Practice Beispiele aus Österreich vorgestellt, aber andererseits auch Beispiele aufgezeigt, bei denen Nachholbedarf - um internationalen Standards zu genügen - besteht, sowie ein Ausblick von HTA in Österreich und die Platzierung des LBI-HTA (ab 2020 AIHTA) im Europäischen Kontext gegeben.

b) HTA in Österreich aus der Perspektive einer politischen Strategie (BMASGK/GÖG): Im Jahr 2010 wurde die HTA-Strategie für Österreich veröffentlicht. Der Vortrag gibt einen Überblick, was seither geschah (Analyse der Strategie-Umsetzung und der rechtlichen Verankerung von HTA) und wie HTA im Kontext Zielsteuerung-Gesundheit verankert ist.

c) HTA in Europa I: Langjährige Erfahrungen in der Europäischen Kooperation im Rahmen von EUnetHTA zeigen, wie die Zusammenarbeit gelingen kann, welche Herausforderungen bestehen und welche Vorteile auch national genutzt werden können (LBI-HTA).

d) HTA in Europa II: Der aktuelle Verordnungsvorschlag der Europäischen Kommission soll die zukünftige Europäische Zusammenarbeit in der Erstellung von HTA Berichten regeln. Beschrieben wird, welche Gesundheitstechnologien von wem und in welchem Ablauf bewertet werden sollen und welche Verpflichtungen für die Mitgliedsstaaten damit einhergehen. (BMASGK/ GÖG)

2.Gruppenarbeit (25 min): Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhalten Ausdrucke von Passagen des Verordnungsvorschlags und sollen Anhand des bisher Gehörten mögliche Vor- und Nachteile der Regelung diskutieren und festhalten.

3.Diskussion der Ergebnisse (25 min): Wesentliche Ergebnisse werden von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern präsentiert und von den Vortragenden (z.B. im Kontext bisher veröffentlichter Stellungnahmen verschiedener europäischer Stakeholder) kommentiert.

[1] EUnetHTA, siehe <https://www.eunetha.eu/>

[2] Vorschlag für eine VERORDNUNG DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES über die Bewertung von Gesundheitstechnologien und zur Änderung der Richtlinie 2011/24/EU, verfügbar unter [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/technology\\_assessment/docs/com2018\\_51final\\_de.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/technology_assessment/docs/com2018_51final_de.pdf)

## Partizipative Gesundheitsforschung

**M. Peböck<sup>1</sup>, B. Peböck<sup>2</sup>, D. Formann<sup>3</sup>, R. Morwind<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Institut für Gesundheitsplanung, Linz, Austria, <sup>2</sup>KI-I, Linz, Austria, <sup>3</sup>Verein Proges, Linz, Austria.

### Workshop „Partizipative Gesundheitsforschung“

Partizipative Forschung schließt eine unüberwindbar scheinende Kluft zwischen Forschen und Verändern, Theorie und Praxis, sozialen AkteurInnen und ForscherInnen. Der Leitsatz „Betroffene zu Beteiligten machen“ ermöglicht einen Paradigmenwechsel in vielen Bereichen des Forschungsprozesses und in der praktischen Arbeit etwa bei Projekten. Im Besonderen gilt das für die Rollengestaltung der Forschenden, die zu teilnehmenden PartnerInnen im Prozess werden.

Die doppelte Zielsetzung der partizipativen Forschung - Forschung und Veränderung - hat immer wieder eine Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung des Ansatzes hervorgebracht.

### Partizipative Sozialforschung hat nach Hella von Unger drei große Ansätze:

- Die Aktionsforschung nach Kurt Lewin, bei der es vorrangig um Fragestellungen zu Gruppenbeziehungen und Demokratisierungsprozessen geht.
- Die Praxisforschung bzw. partizipative Evaluation wird vorrangig im Sozialbereich, den Erziehungswissenschaften und der Psychologie eingesetzt. Dabei werden verschiedene Formen der anwendungsorientierten Forschung bzw. Kooperationen von Fachkräften und WissenschaftlerInnen umgesetzt.
- Die Community-basierte partizipative Forschung, die vorrangig im Gesundheitsbereich stattfindet, verfolgt die Absicht, in und mit Communities die Ursachen von Gesundheitsproblemen zu erforschen und Handlungsstrategien zu entwickeln.

Partizipative Forschung stellt sicher, dass alle betroffenen Personengruppen am gesamten Forschungsprozess teilhaben, also von der Problemidentifikation über die Forschungsfrage und Methodenauswahl bis hin zur Erhebung, Auswertung und Verbreitung der Ergebnisse. Damit wird die Forschungsqualität verbessert und die Akzeptanz der Ergebnisse erhöht.

Die Kernfrage dabei lautet: „Welche Fragestellungen, welches Forschungsdesign und welche Forschungsmethoden sind in dieser Form der Zusammenarbeit und der Teilhabe angemessen und angemessen umsetzbar?“

Partizipation ist in der österreichischen Public Health Praxis und insbesondere in der angewandten Gesundheitsförderung etabliert und als Qualitätskriterium anerkannt. Auch auf der Forschungsebene finden sich in Österreich zunehmend mehr Vorhaben der partizipativen Gesundheitsforschung (PGF). Der Workshop schließt an diese Entwicklungen an und bietet eine inhaltliche Austauschmöglichkeit für Public Health AkteurInnen mit Interesse an PGF und soll anhand konkreter Projekte die zentrale Fragestellung „Wer partizipiert woran?“ verfolgen.

### Der Workshop verfolgt folgende Zielsetzungen:

- Gemeinsame Bearbeitung der Leitfrage „Wer partizipiert woran?“
- Grundprinzipien partizipative Gesundheitsforschung bekannt machen
- Anhand ausgewählter Forschungsvorhaben aus unterschiedlichen Themenfeldern Erfahrungen, Möglichkeiten und Grenzen partizipativer Gesundheitsforschung mit den TeilnehmerInnen diskutieren





## Nutzen und Potential der Schreibtisch-Gesundheitsfolgenabschätzung am Beispiel der geplanten Änderung des NichtraucherInnenschutzes in der Gastronomie mit erweitertem Jugendschutz - Erfahrungen, Herausforderungen, Lernen für die Zukunft ?

T. K. Amegah<sup>1</sup>, G. Antes<sup>1</sup>, B. Fuchs-Neuhold<sup>1</sup>, F. Stigler<sup>1</sup>, G. Gruber<sup>2</sup>;

<sup>1</sup>GFA Netzwerk Steiermark, Graz, Austria, <sup>2</sup>GFA Support Unit / GÖG, Vienna, Austria.

### Hintergrund

Die Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) ist ein systematischer Prozess, in dem man sich mit der Frage auseinandersetzt, wie die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung bzw. von spezifischen Bevölkerungsgruppen durch ein geplantes Vorhaben – sei es eine (politische) Strategie, ein Gesetz, ein Programm, ein Projekt oder eine konkrete Maßnahme – betroffen sein könnten, und wie diese Auswirkungen innerhalb dieser Bevölkerung verteilt sind. Da sich die GFA als Instrument zur Umsetzung der Strategie „Gesundheit in allen Politikfeldern (Health in all Policies)“ versteht und damit zum Anliegen der Herstellung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit beiträgt, wird in der Analyse einerseits von den Einflussfaktoren auf Gesundheit (Gesundheitsdeterminanten) ausgegangen und andererseits besonders Bedacht auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen genommen. Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse werden schließlich Empfehlungen formuliert, wie mögliche negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung minimiert und mögliche positive Effekte verstärkt werden können.

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) hat 2009 im Auftrag des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit ein Konzept zur Etablierung der GFA in Österreich entwickelt. Die stufenweise Umsetzung sieht neben Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung auch die Durchführung unterschiedlicher Arten von Gesundheitsfolgenabschätzungen vor. Zur Unterstützung der Durchführung von GFA in Österreich wurde vom Österreichischen GFA-Netzwerk im Jahr 2013 ein Leitfaden für Österreich veröffentlicht, der sich an international etablierten Guidelines orientiert.

In den letzten Jahren hat sich gezeigt, dass vor allem die kürzeste Form der GFA – die Schreibtisch-GFA – für eine häufige praktische Anwendung von Interesse ist. Daher sollen die Erfahrungen mit der Schreibtisch-GFA geteilt, reflektiert und weiter ausgebaut werden.

Im heurigen Jahr findet eine Kooperation von ÖGPH und GÖG zwecks Ausrichtung der wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health statt. Die GFA-Support Unit hat das GFA-Netzwerk Steiermark gebeten, die Organisation und Durchführung eines GFA-Symposiums bzw. -Workshops auf dieser Tagung zu übernehmen. Da dem GFA-Netzwerk Steiermark nicht nur die Etablierung von GFA in der Steiermark ein Anliegen ist, sondern auch die Mitwirkung an den diesbezüglichen Bemühungen auf nationaler Ebene, hat es die angebotene Aufgabe gerne übernommen.

GFA-Pre-Conference und GFA-Symposium bzw. -Workshop gemeinsam verstehen sich zudem als neues Format einer nationalen GFA-Tagung.

### Ziel / Nutzen

Auf Basis der 2017/2018 bei der Durchführung einer Schreibtisch-GFA von VIVID – Fachstelle für Suchtprävention und dem GFA-Netzwerk Steiermark zum aktuellen Thema „geplante Änderung des NichtraucherInnenschutzes in der Gastronomie mit erweitertem Jugendschutz“ gewonnenen Erkenntnisse soll einerseits ein Beitrag zur Implementierung und Weiterentwicklung der Schreibtisch-GFA in Österreich geleistet werden (Bewusstseinsbildung, Erfolgsfaktoren, Umgang mit Herausforderungen, Erfahrungsaustausch, Anregungen, Forschungs- und Entwicklungsbedarf etc.) und andererseits die Erfahrung der an der GÖG angesiedelten nationalen GFA-Support-Unit eingebracht und deren Unterstützungsangebote bekannt gemacht werden.

### Zielgruppe

potentielle und erfahrene Durchführende oder AuftraggeberInnen von GFA, interessierte WissenschaftlerInnen und Public Health-ExpertInnen, StudentInnen

### Methode

Da eine konkrete Auseinandersetzung mit den zu behandelnden Fragestellungen gemeinsam mit den anderen Workshop-TeilnehmerInnen erwünscht ist, wird der Methode Workshop der Vorzug gegenüber einem Symposium gegeben.

Nach einer kurzen allgemeinen Einführung zu Definition, Arten und Ablauf einer GFA sowie der Präsentation der Schreibtisch-GFA „geplante Änderung des NichtraucherInnenschutzes in der Gastronomie mit erweitertem Jugendschutz“ werden folgende Punkte im Rahmen von moderierten Kleingruppen bearbeitet:

- Welche Fragestellungen sind für eine Schreibtisch-GFA geeignet? Wie kommt es dazu, dass eine Schreibtisch-GFA durchgeführt wird?
- Welche Ressourcen werden benötigt? Woher bekommt man sie?
- Wie kann man eine Schreibtisch-GFA erfolgreich durchführen? Wie kann man mit den Ergebnissen umgehen?

Anschließend berichten die Kleingruppen ihre Ergebnisse im Workshop-Plenum und geben den anderen TeilnehmerInnen die Möglichkeit, Fragen dazu zu stellen.

In der Abschlussrunde wird erhoben, welche wichtigsten Anregungen und Erkenntnisse die Workshop-TeilnehmerInnen für sich mit nach Hause nehmen.



**Parallel Session IIa**  
Symposium der  
ÖGPH-Kompetenzgruppe  
Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt:  
Diversity in health for diverse societies



## Diversity in health for diverse societies - Symposium der Kompetenzgruppe „Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt“

### I. Grabovac;

Zentrum für Public Health, Vienna, Austria.

Passend zum Motto der 21. Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health, die dieses Jahr unter dem Titel „Health in all societies“ steht, wird das Symposium der Sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt Kompetenzgruppe unter dem Titel: „Diversity in health for diverse societies“ stehen. Wir freuen uns, dass wir uns in diesem Jahr näher mit der geschlechterspezifischen Vielfalt in der öffentlichen Gesundheit befassen dürfen. Das Symposium beginnt mit einem Vortrag von **Mag. Susanne Gahbauer** von der Medizinischen Universität Wien, die einen Einblick in ihre Doktorarbeit geben wird, die Trans\* Identitäten und deren Wahrnehmung der modernen Medizin analysiert. Dies geschieht durch verschieden qualitative Methoden und Fallstudien auf dem Gebiet der Transgender-Gesundheit. Im Anschluss wird **Luan Pertl**, von Verein Intergeschlechtlicher Menschen Österreich, über Erfahrungen und Probleme berichten, denen sich intergeschlechtlicher Menschen in Österreich stellen müssen, wobei vor allem die Zugänglichkeit zur Gesundheitsversorgung thematisiert wird. Thematisch schließen wir mit **Dr. Eva Matt**, einer Juristin, die ihre Doktorarbeit über die Rechtsfragen von intersexuellen Menschen in Österreich geschrieben hat. Dr. Matt wird über die Notwendigkeit einer dritten Gender-Option sprechen und darüber, wie sich dies auf verschiedene Regeln und Vorschriften auswirkt. Von der Medizinischen Universität Wien wird **Noemi Kiss, MSc**, eine Gesundheitsökonomin, einen Überblick über Studien geben, die sich mit Gesundheitsausgaben und dem In-Anspruch-Nehmen von Dienstleistungen in der Lesbisch, Schwul, Bisexuell, Transgender, Intersex und Queer (LGBTIQ) Bevölkerung beschäftigt. Weiteres wird diskutiert, wie die unerlaubte Inanspruchnahme minimiert werden kann. **Radhika Seiler Ramadas, MA, MSc**, ebenfalls von der Medizinischen Universität Wien, präsentiert die aktuelle Studienlage von sexuell-übertragbaren Krankheiten bei Jugendlichen in Österreich. Sie geht auch auf die Frage, was der Lehrplan in den Schulen bei der Vermittlung von sexueller und reproduktiver Gesundheit beinhalten soll, ein. Das Symposium schließt mit einem Einblick in ein aufstrebendes Studiengebiet in Österreich von **DDr. Igor Grabovac**, der über die Prävalenz und die Determinanten des Einzel- und Mehrfach-Drogenkonsums bei Menschen mit HIV berichtet. Die Gesellschaft von Heute ist, bedingt durch den Fortschritten in der Kommunikationstechnologie, globaler und vielfältiger als je zuvor. Dies bedeutet, dass nicht nur der Bereich Public Health, der selbst vielfältig ist, der bunten Gesellschaften ein angemessenes Maß an Gesundheitsversorgung bieten sollte. Das diesjährige Symposium wird genau das versuchen, indem wir die Meinungen von Experten aus verschiedenen Bereichen (Gesundheitsökonomie, Medizin, Soziologie, Public Health, Bildung, Jus usw.) kombinieren. So können wir ein vielfältiges Symposium anbieten, das für jene ExpertInnen im Public Health von Interesse sein wird, die sich den Herausforderungen der Gegenwart stellen wollen.

## Trans\* Persons in Biomedicine and Beyond - a Visual Ontology

### S. Gahbauer<sup>1,2</sup>;

<sup>1</sup>Medical University Vienna, 1090 Wien, Austria,

<sup>2</sup>University of Vienna, Department of Science and Technology Studies, 1010 Wien, Austria.

### Background

Biomedical images of trans\*1 persons, i.e., persons who feel a divergence between their gender identity and their assigned sex, allow us to see the entanglements between classifications of trans\* persons and the visual as central element in scientific knowledge production. Contemporary visual cultures value science and, thus, give importance to biomedical research results. Since brain scans provide authoritative knowledge about trans\* persons they are very powerful in and outside of scientific publications.

### The project

To study visual (re)presentations of trans\* persons in scientific publications and in popular mass media I chose to examine a case - one of the rare research projects on hormonal treatment of trans\* persons, that a research group at the Medical University Vienna conducted. Since images do not stand per se, I chose to apply a multimodal analysis, hence, to consider images' relation to other modes of communication, such as text, numbers or a computer screen. My research material, thus, covers more than just images but four scientific articles, published for instance in Biological Psychiatry (Impact Factor 10,255) as well as eight articles in popular mass media, such as the New York Times or Austrian daily newspapers.

### Discussion

In Austria the diagnosis "gender dysphoria" is an important prerequisite for getting hormonal treatment. Producing MRT (Magnet Resonance Tomography) scans as well as using and spreading these images while writing publications are further sites of classifying 'trans\*' persons during medical treatment. Studying the processes of image engagement and deployment in the publications of my case study, makes it possible to reflect if or to what degree the use of MRT might dissolve the very powerful binary categories such as men and women through creating new brain images and give place to more hybrid relations between biological and social categories.

1 Writing trans\* with an asterisk refers to the multiplicity of the social category 'trans\*' but also to the inseparability of biological and social categories, such as sex and gender.





## VIMÖ – Verein intergeschlechtlicher Menschen Österreichs. Menschenrechtsbasierte aktivistische Arbeit für intergeschlechtliche Menschen

**L. Pertl;**

*Verein intergeschlechtlicher Menschen Österreich.*

Die Gesellschaft – und somit auch die Medizin – hat sehr enge Vorstellungen davon, was ein „Mann“ und was eine „Frau“ ist. Manche Menschen werden allerdings mit intergeschlechtlichen Genitalien geboren oder besitzen Geschlechtsmerkmale (chromosomal, anatomisch und/oder hormonell), die nicht den „klassischen Idealen“ eines rein männlichen oder weiblichen Körpers entsprechen – sie sind Inter\*. Intergeschlechtlichkeit ist ein Tabuthema in unserer Gesellschaft – mit all den negativen Konsequenzen für die „Betroffenen“ und deren Angehörige. Es gibt nur unzureichende professionelle Betreuung. Im medizinischen Bereich gilt Intergeschlechtlichkeit mehrheitlich immer noch als zu behandelnde Krankheit oder Störung.

Seit 2014 setzt sich der Verein VIMÖ dafür ein, die Lebensqualität intergeschlechtlicher Menschen in Österreich zu verbessern. Es ist der erste Verein in Österreich, der sich für die Belange dieser strukturell diskriminierten Gruppe einsetzt. Die Hauptarbeitsbereiche sind die Führung einer Selbsthilfegruppe, die Zurverfügungstellung von Beratungsangeboten für Betroffene und Angehörige, Hilfestellungen/Schulungen für Menschen in beratenden/betreuenden Berufen und generell Aufklärungsarbeit. Als Teil von OII Europe bewegt sich die Arbeit von VIMÖ (OII Austria) auch über die österreichischen Grenzen hinaus mit dem Ziel, in ganz Europa das Recht auf Unversehrtheit des Körpers für Inter\*Personen zu erreichen. VIMÖ ist Teil der österreichweit agierenden Vernetzungsplattform „Plattform Intersex Österreich“ (PIÖ), wo Expert\*innen aus verschiedensten Disziplinen zum Thema Intergeschlechtlichkeit arbeiten. Aktuell nehmen beide Vereine unter anderem an einer Arbeitsgruppe im Gesundheitsministerium teil, die sich mit der Erarbeitung von Behandlungsleitlinien für intergeschlechtliche Menschen befasst.

## Intergeschlechtlichkeit aus rechtlicher Perspektive

**E. Matt<sup>1</sup>, L. Pertl<sup>2</sup>;**

<sup>1</sup>Plattform Intersex Österreich, Wien, Austria,

<sup>2</sup>Verein intergeschlechtlicher Menschen Österreich, Wien, Austria.

Die Gesellschaft – und somit auch die Medizin – hat sehr enge Vorstellungen davon, was ein „Mann“ und was eine „Frau“ ist. Manche Menschen werden allerdings mit intergeschlechtlichen Genitalien geboren oder besitzen Geschlechtsmerkmale (chromosomal, anatomisch und/oder hormonell), die nicht den „klassischen Idealen“ eines rein männlichen oder weiblichen Körpers entsprechen – sie sind Inter\*. Intergeschlechtlichkeit ist ein Tabuthema in unserer Gesellschaft – mit all den negativen Konsequenzen für die „Betroffenen“ und deren Angehörige. Es gibt nur unzureichende professionelle Betreuung. Im medizinischen Bereich gilt Intergeschlechtlichkeit mehrheitlich immer noch als zu behandelnde Krankheit oder Störung. Seit 2014 setzt sich der Verein VIMÖ dafür ein, die Lebensqualität intergeschlechtlicher Menschen in Österreich zu verbessern. Es ist der erste Verein in Österreich, der sich für die Belange dieser strukturell diskriminierten Gruppe einsetzt. Die Hauptarbeitsbereiche sind die Führung einer Selbsthilfegruppe, die Zurverfügungstellung von Beratungsangeboten für Betroffene und Angehörige, Hilfestellungen/Schulungen für Menschen in beratenden/betreuenden Berufen und generell Aufklärungsarbeit. Als Teil von OII Europe bewegt sich die Arbeit von VIMÖ (OII Austria) auch über die österreichischen Grenzen hinaus mit dem Ziel, in ganz Europa das Recht auf Unversehrtheit des Körpers für Inter\*Personen zu erreichen. Oft werden geschlechtsverändernde Eingriffe ohne persönliches Einverständnis und ohne medizinische Notwendigkeit durchgeführt, gesunde Fortpflanzungsorgane entnommen, Hormontherapien und rein kosmetische Genitaloperationen durchgeführt. Diese Praxis zeigt, dass intergeschlechtliche Menschen bereits unmittelbar nach der Geburt erheblichen Einschränkungen ausgesetzt sind. Ohne persönliche Zustimmung durchgeführte geschlechtsverändernde Eingriffe verletzen intergeschlechtliche Menschen in ihren Grund- und Freiheitsrechten, zB dem Recht auf körperliche Unversehrtheit, dem Rechts auf Autonomie und Selbstbestimmung oder dem Recht auf freie Entwicklung der Persönlichkeit. Die österreichische Bioethikkommission hat im Dezember 2017 zum Thema Inter\* eine Stellungnahme veröffentlicht. Die Empfehlungen „sollen intersexuelle Menschen vor medizinischen Eingriffen schützen, die nicht ihrem eigenen Wunsch entsprechen. Sie sollen den Eltern betroffener Kinder Sicherheit und Unterstützung geben und intergeschlechtliche Menschen vor Diskriminierung in der Gesellschaft schützen“. Auch der österreichische Verfassungsgerichtshof befasst sich aktuell mit dem Thema Inter\* im Personenstandsrecht. Der Vortrag soll die aktivistische Arbeit für intergeschlechtliche Menschen in Österreich zeigen und die rechtliche Problematik vor allem geschlechtsnormierender Eingriffe an Interpersonen darstellen.

Die Behandlung des Themas Inter\* ist stark von der medizinischen Sicht geprägt, wonach intergeschlechtliche Körper „Störungen der Geschlechtsentwicklung“ darstellen, die es grundsätzlich – und in der Regel möglichst rasch – zu behandeln gilt. Intergeschlechtlichkeit ist jedoch keine Krankheit, sondern eine Normvariation des Menschen. Oft werden geschlechtsverändernde Eingriffe ohne persönliches Einverständnis und ohne medizinische Notwendigkeit durchgeführt, gesunde Fortpflanzungsorgane entnommen, Hormontherapien und rein kosmetische Genitaloperationen durchgeführt. Diese Praxis zeigt, dass intergeschlechtliche Menschen bereits unmittelbar nach der Geburt erheblichen Einschränkungen ausgesetzt sind.

Ohne persönliche Zustimmung durchgeführte geschlechtsverändernde Eingriffe verletzen intergeschlechtliche Menschen in ihren Grund- und Freiheitsrechten; dem Recht auf körperliche Unversehrtheit, auf Autonomie und Selbstbestimmung oder auf freie Entwicklung der Persönlichkeit.

Vor allem im internationalen und europäischen Kontext hat die Lebenssituation intergeschlechtlicher



Menschen seit dem Jahr 2015 starke Beachtung gefunden (ua wurde die aktuelle medizinische Praxis der Behandlung intergeschlechtlicher Menschen von Gremien der WHO und des UNHCR, sowie vom UN-Ausschuss für die Rechte des Kindes explizit kritisiert). Die österreichische Bioethikkommission hat im Dezember 2017 zum Thema Inter\* eine Stellungnahme veröffentlicht. Die Empfehlungen „sollen intersexuelle Menschen vor medizinischen Eingriffen schützen, die nicht ihrem eigenen Wunsch entsprechen. Sie sollen den Eltern betroffener Kinder Sicherheit und Unterstützung geben und intergeschlechtliche Menschen vor Diskriminierung in der Gesellschaft schützen“.

Eine weitere rechtliche Benachteiligung intergeschlechtlicher Menschen ist im Zusammenhang mit der Erfassung des Personenstandsgeschlechts zu sehen. In Österreich werden gegenwärtig alle Menschen als weiblich oder männlich deklariert. Die zwingende Zuordnung intergeschlechtlicher Menschen zu den konventionellen Geschlechtskategorien führt jedoch zu Verstößen gegen den Allgemeinen Gleichheitssatz, das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens sowie das Verbot der Diskriminierung aufgrund des Geschlechts, weil intergeschlechtliche Menschen eben nicht „männlich“ oder „weiblich“, sondern intergeschlechtlich sind.

Das deutsche Bundesverfassungsgericht hat im November 2017 eine Entscheidung veröffentlicht, in der die aktuelle Nicht-eintragung intergeschlechtlicher Menschen im Personenstandsbuch als verfassungswidrig qualifiziert wird. Der deutsche Gesetzgeber hat bis 31.12.2018 eine rechtliche Lösung zu finden. Dabei kommen zwei Möglichkeiten in Frage: Entweder der generelle Verzicht auf einen personenstandsrechtlichen Geschlechtseintrags oder die Schaffung eines weiteren Personenstands wie zum Beispiel „inter“ oder „divers“.

Ein entsprechender Antrag liegt auch in Österreich zur Prüfung beim Verfassungsgerichtshof. Eine Entscheidung ist im ersten Halbjahr 2018 zu erwarten.

## The economics of health disparities in the LGBT population: a systematic review

**N. Kiss;**

*Medical University of Vienna, Center for Public Health, Department of Health Economics, Vienna, Austria.*

### Background

Research shows that LGBT individuals face health disparities linked to societal stigma and discrimination. These health disparities include higher rates of sexually transmitted diseases, cancer, cardiovascular illnesses, obesity, mobbing, various psychiatric disorders, substance abuse, and suicide. Collated information on healthcare utilization, access to health services and insurance, and costs in this population can be used to assess the extent of health disparities and help policy makers understand ways to mitigate existing health disparities.

### Methods

A systematic review was conducted in Embase and Medline to understand the extent of published information currently available to policy makers on the health economics of LGBT health disparities. Access to insurance and healthcare, resource utilization, costs, and cost-effectiveness studies within this population were reviewed and summarized qualitatively.

### Results

Subgroups within the LGBT population had different health access and health resource utilization issues. Many studies focused on treatment or prevention of HIV/AIDS and described e-health or web-based interventions. Mental health and primary care utilization and barriers were also addressed. Health insurance was addressed in the context of changing marital laws. Most studies were conducted on the US population. Detailed information on remaining gaps in the literature and the extent of health disparities are examined in detail. This review outlines the current information on different kinds of barriers to equal access and utilization, and policies that have been implemented to mitigate these disparities. Furthermore, it outlines the changing economic landscape regarding health insurance and utilization. Applicability in a European context will also be discussed.

### Conclusion

The information found in this review can be used to make informed decisions about how to most efficiently deliver health services to reduce disparities in health access and utilization in the LGBT population.



## Adolescents' perception of school-based sex education - an exploratory study

R. Seiler, I. Grabovac, T. E. Dorner;

Centre for Public Health, Medical University of Vienna, Vienna, Austria

### Background

Increasing numbers of sexually transmitted infections (STIs) among youth has led to a greater focus on adolescents and their reproductive health worldwide. In several Western European countries reported diagnoses of STIs have been on the rise among 16-19 year olds. Although trends in the incidence of different STIs are unclear in Austria, it has been estimated from reported cases that around 15% of all individuals diagnosed with HIV are between 15-24 years old. Being at a vulnerable stage in their lives, adolescents are at an especially high risk of infection with STIs if they are not equipped with the necessary skills, support or information they need while going through sexual development. Schools play an important role in sex education, and hence could be a pivotal source in providing the needed support through their developmental years. Consequently, an understanding of young people's views on sex education is essential if high quality sex education programmes are to be developed. This study aims to explore the perception of adolescents between 14 to 16 years from different schools in Vienna on information about various themes in sex education.

### Method

An online questionnaire was made available to adolescents from the 4th grade (14-16 years) of secondary schools that consented to participate. All 4th grade classes (n=200) from one vocational school (Polytechnische Schule) and two high schools (Allgemeinbildende höhere Schulen) completed the questionnaire to evaluate the following: i) how well different topics on sexuality have been explained in class ii) the importance of obtaining information on sexuality from specific people in one's school or personal environment iii) the importance of diverse sources of information, and iv) the importance of gender role in sex education. The participants also stated their preferences on how sex education could ideally be delivered.

### Discussion

The study aims to compare and evaluate high school and vocational school students' views on the impact of sex education in school as well as support given to them from other resources and people in matters concerning sexuality. A summary of the results of this survey will be presented at the conference.

## Prävalenz und Determinanten von illegalem Drogenkonsum und Mehrfachdrogenkonsums bei Menschen mit HIV in Österreich

I. Grabovac<sup>1</sup>, M. Meilinger<sup>2</sup>, H. Schalk<sup>3</sup>, B. Leichsenring<sup>4</sup>, T. E. Dorner<sup>1</sup>;

<sup>1</sup>Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health, Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin, Vienna, Austria, <sup>2</sup>Lungenabteilung, Otto Wagner Spital, Vienna, Austria, <sup>3</sup>Schalk-Pichler Gruppenpraxis, Vienna, Austria, <sup>4</sup>AIDS Hilfe Wien, Vienna, Austria.

### Hintergrund

Die Prävalenz von Einfach- und Mehrfachdrogenkonsum hat in Europa zugenommen, insbesondere bei Menschen mit HIV (PLWHIV). Da in Österreich solche Untersuchungen bisher noch nicht durchgeführt wurden, wollten wir erstmals die Prävalenz von Drogenkonsum und die damit verbundenen Faktoren bei PLWHIV in Österreich ermitteln.

### Methoden

In eine Querschnittsstudie in zwei HIV Ambulanzen (eine im Krankenhaus und eine im niedergelassenen Bereich) in Wien wurden HIV-positive PatientInnen während ihres routinemäßigen Besuches eingeschlossen. Bei dieser Studie wurden Paper-Pencil und Online-Fragebögen verwendet. Insgesamt wurden 438 TeilnehmerInnen in die Analyse einbezogen.

### Ergebnisse

Die Prävalenz des illegalen Drogenkonsums lag bei 60,5%, wobei Cannabis und Amylnitrit mit je 31,5% der inkludierten Personen am häufigsten konsumiert wurden. Weiters wurde Sildenafil / Tadalafil (24%) und Kokain (14%) oft verwendet. Die Häufigkeit des Gebrauchs von mehr als einer Substanz betrug 69,4% bzw. 42,0% in der gesamten Studienpopulation. Alter (OR= 0,96; 95%CI 0,94-0,98), weibliches Geschlecht (OR=0,27; 95%CI 0,14-0,53) und das Leben in nicht-urbanen Gebieten (OR=0,45; 95%CI 0,24-0,84) war mit einer niedrigeren Wahrscheinlichkeit für Drogenkonsum assoziiert. Darüber hinaus war der Drogenkonsum während Clubbing (OR=6,24; 95%CI 1,32-29,5) und während des Geschlechtsverkehrs (OR=2,11; 95%CI 1,09-4,05), die Nichteinhaltung der HIV-Therapie (OR=8,09; 95%CI 2,19-29,87) mit einer höheren und Alter (OR=0,97; 95%CI 0,94-0,99) mit einer niedrigeren Wahrscheinlichkeit für Mehrfach-Drogenkonsum assoziiert. Zweiundvierzig Prozent der DrogenkonsumentInnen berichteten über Geschlechtsverkehr ohne Kondom und 44,1% gaben sexuelle Handlungen an, die sie ohne Drogen nicht machen würden. Vierundsiebzig Prozent der TeilnehmerInnen fühlten sich gut über illegale Drogen informiert.

### Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse weisen auf eine hohe Prävalenz von illegalem Drogenkonsum in PLWHIV in Österreich hin. „Chemsex“ und „Slamming“ sind neu entstandene Probleme in Bezug auf Drogenkonsum und Sexualität, besonders bei PLWHIV und sollten häufiger Gegenstand von Forschung sein. Ein weiterer Schwerpunkt sollte auf die Stärkung der Gemeinschaft („community empowerment“) und auf Basisinitiativen („grassroots movements“) gelegt werden.



**Parallel Session IIb**  
Symposium der  
ÖGPH-Kompetenzgruppe  
Public Mental Health:  
Forschungs- und Präventionsaspekte  
im Mental Public Health Bereich





## Forschungs- und Präventionsaspekte im Mental Public Health Bereich: Symposium der ÖPH KG Public Mental Health

**T. Niederkrotenthaler<sup>1</sup>, B. Till<sup>1</sup>, K. Dervic<sup>2</sup>, A. Grabenhofer-Eggerth<sup>3</sup>, S. Kuso<sup>4</sup>, T. Kapitany<sup>5</sup>;**

<sup>1</sup>Medical University Vienna, Center for Public Health, Department of Social and Preventive Medicine, Unit Suicide Research /Mental Health Promotion, Vienna, Austria, <sup>2</sup>Wiener Werkstätte für Suizidforschung, Salzburg, Austria, <sup>3</sup>Gesundheit Österreich GmbH, Vienna, Austria, <sup>4</sup>Abteilung für Forschung & Qualitätsmanagement, Ferdinand Porsche FernFH, Wr. Neustadt, Austria, <sup>5</sup>Kriseninterventionszentrum Wien, Vienna, Austria.

**Vorsitzende:** Thomas Niederkrotenthaler\*, Alexander Grabenhofer-Eggerth\*\* \*Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health, Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin, Unit Suizidforschung und Mental Health Promotion \*\*

Gesundheit Österreich GmbH In diesem Symposium wird auf aktuelle Forschungs- und Präventionsprojekte im Bereich Mental Health fokussiert. Insbesondere Forschungs- und Präventionsarbeit aus den Anwendungsbereich Suizidprävention bilden dabei einen Hauptfokus. Kanita Dervic fokussiert auf aktuelle Entwicklungen bzgl. suizidalem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen. In den Präsentationen von Benedikt Till und Thomas Niederkrotenthaler werden insbesondere die Rollen von bevorzugten Zeitungsmedien für weitverbreitete Suizidmythen, sowie der Effekt edukativer Suizidpräventionstexte auf Suizidalität in einer randomisiert kontrollierten Studie analysiert. Thomas Kapitany gibt ein Update zu ersten Ergebnissen des Suizid- und Gewaltpräventionsprojekts Vaeter-in-Krisen.at - ein Kriseninterventionsangebot für Familienväter in akuten psychosozialen Krisen. Erwartungen, Einstellungen und Bedürfnisse relevanter Stakeholder bezüglich Online-Prävention im Bereich psychischer Gesundheit werden von Stefanie Kuso besprochen. Alexander Grabenhofer-Eggerth bietet einen Überblick über den derzeitigen Stand zum Gesundheitsziel 9—psychosoziale Gesundheit.

### Einzelvorträge

#### Kanita Dervic

Suizidales Verhalten im Kindes- und Jugendalter

#### Benedikt Till, Theresa A Wild, Florian Arendt, Sebastian Scherr, Thomas Niederkrotenthaler

Zusammenhänge zwischen dem Konsum von Boulevard-Zeitungen und Zustimmung hinsichtlich Mythen über Suizidalität

#### Thomas Niederkrotenthaler, Florian Arendt, Sebastian Scherr, Benedikt Till

Suicide Education Delivered by Individuals with vs. without Personal Experience of Suicidal Ideation: Randomized Controlled Trial

#### Thomas Kapitany, Lorenz Urban, Claudius Stein

Vaeter-in-Krisen.at - erste Ergebnisse eines Interventionsprojekts für suizid- und gewaltgefährdete Familienväter

#### Stefanie Kuso, Michael Zeiler, Corinna Jacobi und Karin Waldherr im Namen des ICare- Konsortiums

Erwartungen, Einstellungen und Bedürfnisse relevanter Stakeholder bezüglich Online-Prävention im Bereich psychischer Gesundheit

#### Alexander Grabenhofer-Eggerth, Monika Nowotny, Aida Tanios

Gesundheitsziel 9 „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“: Aktueller Stand und Entwicklungen

## Suizidales Verhalten im Kindes- und Jugendalter

### K. Dervic;

Wiener Werkstätte for Suicide Research, Medical University of Vienna, Vienna, Austria.

Die erste dokumentierte Konferenz über Suizide bei Jugendlichen fand im Jahre 1910 in Wien statt. Die Suizidrate bei Kindern und Jugendlichen in Österreich ist rückläufig. In diesem Symposiumsbeitrag werden rezente Forschungsergebnisse über Suizide bei österreichischen Minderjährigen (Prävalenz, Suizidmethoden, regionale Unterschiede) präsentiert. Ferner wird ein Überblick über psychiatrische (z.B. Depression, Substanzabusus), psychosoziale (z.B. schulische und familiäre Faktoren) und umgebungsbedingte (z.B. Einstellungen zum Suizid) Risikofaktoren für suizidales Verhalten im Kindes- und Jugendalter gegeben. Darüber hinaus werden im Beitrag suizidpräventive Maßnahmen im Kindes- und Jugendalter besprochen.



## Zusammenhänge zwischen dem Konsum von Boulevard-Zeitungen und Zustimmung hinsichtlich Mythen über Suizidalität

B. Till<sup>1,2</sup>, T. A. Wild<sup>1</sup>, F. Arendt<sup>2</sup>, S. Scherr<sup>3</sup>, T. Niederkrotenthaler<sup>4</sup>;

<sup>1</sup>Medical University of Vienna, Center for Public Health, Department of Social and Preventive Medicine, Unit Suicide Research & Mental Health Promotion, Vienna, Austria, <sup>2</sup>University of Munich (LMU), Department of Communication Science and Media Research, Munich, Germany, <sup>3</sup>University of Leuven, School for Mass Communication Research, Leuven, Belgium, <sup>4</sup>Medical University of Vienna, Center for Public Health, Department of Social and Preventive Medicine, Unit Suicide Research & Mental Health Promotion, Vienna, Austria.

### Hintergrund

Akkurate Aufklärung über Suizid in der Allgemeinbevölkerung ist eine wichtige Komponente der Suizidprävention. Ein zentrales Ziel der Aufklärungsmaßnahmen ist dabei die Erhöhung von Wissen über Suizid und Suizidprävention sowie die Reduktion von stigmatisierenden Einstellungen gegenüber suizidalen Menschen und das Entkräften von Mythen über Suizid. Die Medien spielen für diese Aufklärungsmaßnahmen eine zentrale Rolle. Gerade Boulevardzeitungen könnten hierbei besonders relevant sein, da diese dazu tendieren, in sensationsträchtiger Weise über Suizid zu berichten und Medienrichtlinien zur Berichterstattung über Suizid nicht einzuhalten. Bis jetzt ist aber noch wenig darüber bekannt, inwieweit falsche Vorstellungen über Suizidalität in der Allgemeinbevölkerung mit dem Konsum von Boulevardzeitungen assoziiert sind. In der hier vorliegenden Studie wurde daher untersucht, inwieweit der Konsum von Boulevardzeitungen mit Wissen über Suizid, stigmatisierenden Einstellungen gegenüber suizidalen Menschen und Zustimmung hinsichtlich Mythen über Suizidalität im Zusammenhang steht.

### Methoden

In einer Querschnittstudie wurden mittels Online-Befragung 456 Personen mit Lebensmittelpunkt in Österreich hinsichtlich Wissen über Suizid und stigmatisierenden Einstellungen gegenüber suizidalen Menschen befragt. Zudem wurden sie gebeten, anzugeben, ob folgende fünf Mythen über Suizidalität ihrer Meinung nach der Wahrheit entsprechen: 1) Suizidale Personen kommunizieren ihre Vorhaben nicht; 2) Menschen, die mit Suizid drohen, wollen nur Aufmerksamkeit erhalten; 3) Jemand, der kurz vor seinem Tod steht, begeht keinen Suizid; 4) Menschen, die sich umbringen wollen, möchten gar keine Hilfe; 5) nur, wer 'ernsthaft' versucht hat sich das Leben zu nehmen, ist nach dem Versuch weiterhin suizidgefährdet. Darüber hinaus wurde die Höhe des Konsums von Boulevard-Zeitungen erhoben.

### Ergebnisse

Hierarchische Regressionsanalysen zeigten, dass hoher Konsum von Boulevardzeitungen ein signifikanter Prädiktor für geringes Wissen über Suizid, hohe stigmatisierende Einstellungen gegenüber suizidalen Menschen und hohe Zustimmung hinsichtlich Mythen über Suizidalität ist. Je höher somit der Konsum von Boulevardzeitungen war, umso eher hatten die TeilnehmerInnen falsche Vorstellungen von Suizidalität. Diese Zusammenhänge waren auch feststellbar, wenn für Geschlecht, Alter, Schulbildung, Höhe des Fernsehkonsums und Höhe des Konsums von Qualitätszeitungen kontrolliert wurde.

### Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der hier vorliegenden Studie zeigen, dass Leser von Boulevardzeitungen eine wichtige Zielgruppe für Aufklärungskampagnen der Suizidprävention sind.

## Suicide Education Delivered by Individuals with vs. without Personal Experience of Suicidal Ideation: Randomized Controlled Trial

T. Niederkrotenthaler<sup>1</sup>, F. Arendt<sup>2</sup>, S. Scherr<sup>3</sup>, B. Till<sup>1</sup>, B. Till<sup>1</sup>;

<sup>1</sup>Medical University Vienna, Center for Public Health, Department of Social and Preventive Medicine, Unit Suicide Research /Mental Health Promotion, Vienna, Austria, <sup>2</sup>Department of Communication Science and Media Research, University of Munich (LMU), München, Germany, <sup>3</sup>School for Mass Communication Research, University of Leuven, Leuven, Belgium.

### Background

Media stories on how to cope with suicidal crises have been shown to have the potential to reduce suicidal ideation, but studies investigating if effects differ depending on delivery by individuals with or without personal experience of suicidality are lacking.

Aims To examine the effects of newspaper articles featuring interviews with experts with vs. without personal experience of suicidal ideation.

### Method

A total of 527 adults were randomized to read a newspaper article featuring an interview with a suicide expert disclosing personal experience of suicidal ideation, the same article without disclosure of personal experience, or an article unrelated to suicide in a web-based randomized controlled trial. The primary outcome was suicidal ideation; the secondary outcome was suicide-prevention-related knowledge. Data were collected using online questionnaires before and after exposure.

### Results

Participants in the two intervention groups reported a decrease in suicidal ideation and an increase in suicide-prevention-related knowledge after article exposure. There were no differences between the two intervention groups in terms of change in suicidal ideation and suicide-prevention-related knowledge.

### Conclusions

Newspaper articles educating about how to cope with suicidality which are delivered by experts with or without personal experience of suicidality appear to have similar suicide-protective effects.



## Väter-in-Krisen.at - Erste Ergebnisse eines Interventionsprojekts für suizid- und gewaltgefährdete Familienväter

T. Kapitany, L. Urban, C. Stein;  
Kriseninterventionszentrum, Wien, Austria.

Männer stellen in krisenhaften Entwicklungen eine Risikogruppe in Hinblick auf Gefährdungen wie Suizidalität und Gewaltproblematik dar. In Österreich sterben Männer dreimal häufiger durch Suizid als Frauen. Das liegt auch daran, dass Männer in psychischen Krisen seltener Hilfe in Anspruch nehmen. Das Projekt macht einerseits Familienvätern in einer akuten psychosozialen Krise ein Beratungs- und Kriseninterventionsangebot, das betroffene Männer niederschwellig bereits bei einer Telefonberatung, aber auch mit dem Vorteil größtmöglicher Anonymität mittels Email-Beratung, und auch im persönlichen Kontakt in Anspruch nehmen können.

Durch Kooperationen mit wichtigen Gatekeeper-Institutionen, wie das Arbeitsmarktservice, das Jugendamt, HausärztInnen, das Familiengericht, FamilienhelferInnen, etc., sowie durch die Erstellung einer Website für Betroffene - [www.vaeter-in-krisen.at](http://www.vaeter-in-krisen.at) - wurde versucht, Familienväter mit ihren Belastungen und Beeinträchtigungen anzusprechen und sie zur Inanspruchnahme des Kriseninterventionsangebots zu motivieren.

Im ersten Projektjahr konnten mit 150 Männern bereits doppelt so viele Väter als erwartet im Rahmen des Projekts versorgt werden. Eine erste begleitende Evaluation bestätigt den oben beschriebenen Befund, dass Männer später und in einem schlechteren Zustand zur Beratung kommen. Suizidalität wurde bei 42% der Väter gegenüber 29 % bei einer Vergleichsgruppe festgestellt. Im Verlauf fand sich ein gutes Ansprechen auf das Angebot der Krisenintervention mit einer deutlichen Reduktion von Suizidgefährdung und Verbesserung des Zustands bei den Vätern. Das Wiedererlangen von Handlungsfähigkeit und ein besseres Zurechtkommen mit schwierigen sozialen Situationen konnte bei der Mehrzahl der bisher betreuten Väter erreicht werden.

## Erwartungen, Einstellungen und Bedürfnisse relevanter Stakeholder bezüglich Online-Prävention im Bereich psychischer Gesundheit

S. Kuso<sup>1</sup>, M. Zeiler<sup>2</sup>, C. Jacobi<sup>3</sup>, K. Waldherr<sup>1</sup>;  
<sup>1</sup>Ferdinand Porsche FernFH, Wiener Neustadt, Austria, <sup>2</sup>Medizinische Universität Wien, Wien, Austria, <sup>3</sup>Technische Universität Dresden, Dresden, Germany

### Hintergrund

Das EU-Projekt „ICare - Integrating Technology into Mental Health Care Delivery in Europe“ (Horizon 2020, GA No. 634757) zielt darauf ab, Online-Interventionen zur Gesundheitsförderung, Risikoerkennung, Prävention und Behandlungsbegleitung für häufige psychische Probleme an Schulen, Universitäten und im Gesundheitssystem zu implementieren und deren Wirksamkeit zu evaluieren. Für die zielführende Entwicklung und erfolgreiche Dissemination von E-Mental Health Interventionen ist der Einbezug der Sichtweisen verschiedener Stakeholder wichtig. Im Vorfeld der Entwicklung der ICare- Programme wurden die Einstellungen und Bedürfnisse der Zielgruppen, der MultiplikatorInnen und relevanter EntscheidungsträgerInnen erhoben.

### Methode

In sechs europäischen Ländern wurden insgesamt 390 Onlinefragebögen von MultiplikatorInnen, 49 Interviews mit EntscheidungsträgerInnen und 29 Fokusgruppen mit VertreterInnen der potentiellen Zielgruppen in den Settings Schule, Universität und Gesundheitssystem durchgeführt und themenanalytisch ausgewertet.

### Ergebnisse

In allen Settings und bei allen Stakeholdergruppen kristallisierten sich ähnliche Themen heraus. Als zentrale Vorteile von Onlinepräventionsprogrammen wurden die Senkung von einerseits psychischen Hemmschwellen (etwa durch die Anonymität), und andererseits von praktischen Barrieren (etwa durch Zeit- und Ortsunabhängigkeit der Inanspruchnahme) genannt.

Skepsis bezüglich Datenschutz und verschiedene Aspekte des fehlenden persönlichen Kontakts (Beziehungsaufbau, Missverständnisse, fehlende Verbindlichkeit) wurden als relevante Nachteile thematisiert. Diesen Einschätzungen entsprechen auch die gewünschten Charakteristika, die Online-Präventionsprogramme haben sollen, etwa Datenschutz, Kontakt- und Kommunikationsmöglichkeiten, Individualisierung und vielfältige motivierende Inhalte (Gamification). Usability, Attraktivität und ein positives Framing waren weitere relevante Nennungen. Der fehlende persönliche Kontakt und die geschriebene Sprache wurden im Schul- und Universitätssetting auch als Vorteil thematisiert.

### Schlussfolgerungen

Einstellung und Skepsis der Stakeholder sollten bei der Entwicklung und Dissemination von Onlinepräventionsprogrammen beachtet werden. Datensicherheit und Vertrauen, ein positives Framing und Methoden zur Motivationssteigerung sind bei Anwendungen im Bereich psychischer Gesundheit zentral.



## Das österreichische Gesundheitsziel 9 „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“ - Ergebnisse der Arbeitsgruppe

### A. Grabenhofer-Eggerth;

Gesundheit Österreich GmbH, Vienna, Austria.

Im Jahr 2015 erstellte die GÖG im Auftrag des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen eine Umfeld- und Stakeholderanalyse zur Bearbeitung des Gesundheitsziels 9 „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“. Die Analyse umfasste internationale Konzepte und Strategien sowie alle einschlägigen österreichischen Papiere. Dabei wurde eine Landkarte von Themen- und Handlungsfeldern entworfen und wesentliche Akteure wurden identifiziert, um sie in das Erarbeiten des Strategie- und Maßnahmenkonzepts für das Gesundheitsziel entsprechend einbinden zu können.

In den Jahren 2016 und 2017 wurde dann das Gesundheitsziel 9 von einer Arbeitsgruppe von Vertreterinnen und Vertretern aus über 40 Institutionen bzw. Organisationen bearbeitet. Die Arbeiten wurden von einem Team der Gesundheit Österreich GmbH fachlich begleitet und folgten der bereits in der Umfeld- und Stakeholderanalyse vorgeschlagenen Gliederung des Themas in drei Handlungsfelder:

- Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung
- Versorgung, Rehabilitation und Ausbildung
- Gesellschaft und Entstigmatisierung

Zu jedem dieser 3 Handlungsfelder wurde ein Wirkungsziel formuliert, zu jedem Wirkungsziel wurden Indikatoren und Messgrößen definiert. Von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe wurden insgesamt 30 Maßnahmen eingemeldet, die zur Umsetzung des Gesundheitszieles beitragen sollen. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe wurden Ende 2017 in Berichtsform publiziert und sind auf der Gesundheitsziele Webpage abrufbar. Die Arbeitsgruppe wird sich 2018 wieder treffen um den weiteren Prozess der Umsetzung zu diskutieren und ein Berichtsupdate mit neuen Maßnahmen zu erarbeiten.

## Parallel Session IIc

Symposium der  
ÖGPH-Kompetenzgruppe Demenz:  
Demenz als Public Health Priorität -  
Aktuelle Trends und Best Practice  
aus Österreich





## Demenz als Public Health Priorität - Aktuelle Trends und Best Practice aus Österreich

D. Gebhard<sup>1</sup>, E. Mir<sup>2</sup>, S. Auer<sup>3</sup>, B. Czegka<sup>4</sup>, P. Plunger<sup>5</sup>, E. Rappold<sup>6</sup>;

<sup>1</sup>Fachhochschule Kärnten, Klagenfurt, Austria, <sup>2</sup>Fachhochschule Kärnten, Feldkirchen, Austria, <sup>3</sup>Donau Universität Krems, Krems, Austria, <sup>4</sup>Tirol Kliniken, Innsbruck, Austria, <sup>5</sup>Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Klagenfurt, Austria, <sup>6</sup>Ge-sundheit Österreich GmbH, Wien, Austria.

Im Jahr 2012 deklarierte die Weltgesundheitsorganisation Demenz zu einer Public Health Priorität. Dem folgend setzten viele europäische Staaten das Thema Demenz weit oben auf ihre Public Health Agenda. Auch Österreich verabschiedete 2015 eine nationale Demenzstrategie mit dem Ziel, Menschen mit Demenz ein gutes Leben zu ermöglichen. Das Symposium „Demenz als Public Health Priorität - Aktuelle Trends und Best Practice aus Österreich“ gibt vor dem Hintergrund der Demenzstrategie Einblick in sechs Österreichische Best Practice Beispiele, welche die Wirkungsziele „Teilhabe und Selbstbestimmung der Betroffenen sicherstellen“, „Wissen und Kompetenzen stärken“, „Rahmenbedingungen einheitlich gestalten“, „Demenzgerechte Versorgungsangebote sicherstellen und gestalten“ und „Qualitätssicherung und -verbesserung durch Forschung“ adressieren. In den Beiträgen werden die Kommune, das Pflegeheim und das Krankenhaus als die zentralen Versorgungssettings für Menschen mit Demenz thematisiert, darüber hinaus wird die in Anknüpfung an die Österreichische Gesellschaft für Public Health gegründete Kompetenzgruppe Demenz vorgestellt und der Ansatz der Partizipativen Demenzforschung wird näher beleuchtet:

- Der Beitrag „Kommunale Ansätze zur Teilhabe von Menschen mit Demenz“ befasst sich primär mit Menschen mit Demenz, die zuhause versorgt werden, und präsentiert die Projekte „Demenzfreundliche Apotheke“ und „AGIL“, das sich mit der Entstigmatisierung und gesellschaftlichen Inklusion von Menschen mit Demenz beschäftigt.
- Die Beiträge „Initiative Demenz braucht Kompetenz“ und „Orientierungshilfe Demenzkompetenz im Spital“ thematisieren das Versorgungssetting Krankenhaus. Sie verfolgen dabei die Ziele Strukturen und Prozesse in der stationären Versorgung auf die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz anzupassen sowie Sensibilisierung und demenzspezifisches Know-how bei allen beteiligten Akteur\*innen zu forcieren.
- Der Beitrag „DEMDATA - Das Tschechisch-Österreichische Pflegeheimprojekt“ stellt ein bi-nationales Projekt zur Erhebung von medizinischen und sozialen Grundlagendaten von Menschen mit Demenz im Setting Pflegeheim vor, welches auch die Perspektive der Betreuenden und Angehörigen miteinbezieht.
- Die Potentiale und Herausforderungen von Partizipativer Demenzforschung werden im Beitrag „Partizipative Demenzforschung: Menschen mit Demenz als Co-Forschende - geht das?“ aufgezeigt. Es werden mögliche Ansätze vorgestellt, mit deren Hilfe die Teilhabe von Menschen mit Demenz am Forschungsprozess gefördert werden kann.
- Den Zielen und Tätigkeitsschwerpunkten der Kompetenzgruppe Demenz widmet sich der Beitrag „Österreichische Demenz-Expertise vernetzen: Die Kompetenzgruppe Demenz stellt sich vor“ und schließt mit einem Ausblick auf die Entwicklung von Handlungsempfehlungen für Forschung, Praxis und Politik das Symposium ab.

Vorsitzende des Symposiums: Doris Gebhard und Eva Mir Vorträge und Vortragende:

- Kommunale Ansätze zur Teilhabe von Menschen mit Demenz (Petra Plunger, Katharina Heimerl, Elisabeth Reitinger, Barbara Pichler)
- Initiative Demenz braucht Kompetenz (Beate Czegka)
- Orientierungshilfe Demenzkompetenz im Spital (Elisabeth Rappold)
- DEMDATA - Das Tschechisch-Österreichische Pflegeheimprojekt (Stefanie Auer, Paulina Ratajczak, Elisabeth Linsmayer, Doris Prieschl, Margit Höfler)
- Partizipative Demenzforschung: Menschen mit Demenz als Co-Forschende - geht das? (Doris Gebhard)
- Österreichische Demenz-Expertise vernetzen: Die Kompetenzgruppe Demenz stellt sich vor (Eva Mir, Doris Gebhard)

## Kommunale Ansätze zur Teilhabe von Menschen mit Demenz

P. Plunger, K. Heimerl, E. Reitinger, B. Pichler;

Institut für Palliative Care und OrganisationsEthik, IFF, AAU, Wien, Austria.

### Hintergrund

Die überwiegende Anzahl von Menschen mit Demenz lebt im häuslichen Umfeld. Damit rückt die Kommune als Lebensraum in den Blick und die Frage, wie auf kommunaler Ebene mit dem Thema Demenz umgegangen wird. Inspiriert durch die Aktion Demenz haben sich unterschiedliche Kommunen auch in Österreich auf den Weg zur „Demenzfreundlichen Kommune“ gemacht, daneben existieren eine Vielzahl von Initiativen, die sich mit dem Thema Teilhabe von Menschen mit Demenz und Entstigmatisierung beschäftigen. Am Beispiel zweier Forschungsprojekte am Institut für Palliative Care und Dementia Care / IFF / AAU sollen Erfahrungen mit kommunalen Ansätzen diskutiert werden:

### Methoden

Methodologisch folgen beide Projekte den Prinzipien der Partizipativen Gesundheitsforschung (von Unger 2004): Es wurden gemeinsam mit Praxis- und Community-PartnerInnen Interviews, Gruppendiskussionen, Feedback-Runden und Peer-Beratung in Workshops, eine Fragebogenerhebung, Fallstudien und teilnehmende Beobachtungen durchgeführt.

### Ergebnisse

Im Projekt „Demenzfreundliche Apotheke“ konnte gezeigt werden, dass Apotheken als niederschwellige Versorgungseinrichtungen einen Beitrag zur Sichtbarkeit des Themas Demenz auf kommunaler Ebene leisten, vorwiegend durch die Organisation von Informationsveranstaltungen in Kooperation mit Trägerorganisationen und kommunalen AkteurInnen, die der Wissensvermittlung und Vernetzung dienen und Bedarfe der Bevölkerung aufgreifen. Förderlich wirken hierbei Vorerfahrungen in Gesundheitsförderungsaktivitäten, und eine gute lokale Einbindung der Apotheke, hinderlich sind u.a. fehlende Zeitressourcen. Die Zwischenergebnisse aus dem laufenden Projekt „AGIL“ (in Kooperation mit styria vitalis) zeigen, dass das Thema Demenz in der älteren Bevölkerung vielfach mit Fragen der Pflegebedürftigkeit und der Sorge über eine gute Betreuung verbunden ist. Menschen in einer früheren Phase der Demenz sind wenig präsent. Es wird für die Inklusion von Menschen mit Demenz analog der Inklusionsbestrebungen von Menschen mit Behinderungen plädiert. Erfolgreiche Strategien wie die Information der Nachbarschaft über die Demenz der/des Angehörigen werden diskutiert. Als eine Herausforderung wird die Einbindung von Menschen mit Demenz gesehen.

### Schlussfolgerungen

Kommunale Ansätze werden idealerweise partizipativ mit Menschen mit Demenz entwickelt, und vermitteln ein vielfältiges Bild über das Leben mit Demenz. Sie nehmen Ressourcen auf kommunaler Ebene in den Blick, fördern zivilgesellschaftliches Engagement und bemühen sich um die demenzfreundliche Gestaltung von Angeboten im Gesundheits- und Sozialbereich, und auch von Freizeit- und Begegnungseinrichtungen.



## Initiative Demenz braucht Kompetenz

**B. Czegka;**

Tirol Kliniken GmbH, Innsbruck, Austria

### Hintergrund

Laut dem Österreichischem Demenzbericht 2014 leiden ca. 12 - 20% aller PatientInnen in Krankenhäusern an dementiellen Erkrankungen<sup>1</sup>. Umgelegt auf die tirol kliniken bedeutet das rund 14.000 betroffene PatientInnen pro Jahr. Oft zeigen sich die Symptome erst bei einem Krankenhausaufenthalt und sind eine Nebendiagnose der somatischen Aufnahmediagnose. 40 - 60% der Aufnahmen erfolgen ungeplant. Eine ausreichende Vorbereitung auf die speziellen Bedürfnisse der PatientInnengruppe fehlt teilweise in den Abläufen des hektischen Krankenhausalltags. Diese stellen die medizinische Behandlung und pflegerische Betreuung jedoch vor besondere Herausforderungen.

### Leitgedanken und häuserübergreifende Bausteine der Initiative

Die Initiative Demenz braucht Kompetenz hat das Ziel die Sensibilität und das Wissen um die Bedürfnisse dieser PatientInnengruppe zu erhöhen, die vorhandene Expertise und Kompetenz in unseren Krankenhäusern zu stärken und auszubauen und damit eine Entlastung aller Beteiligten im Krankenhausalltag zu erreichen. Dabei geben vier Leitgedanken Handlungsorientierung und eine gemeinsame Richtung vor. Um den regelmäßigen Austausch und Informationsfluss zu gewährleisten, wurde eine Organisations-/Kommunikationsstruktur über alle Unternehmensebenen etabliert. Neben zahlreichen Projekten und Maßnahmen in den einzelnen Häusern sind folgende tirol kliniken -weite Projekte und Maßnahmen wesentliche Bausteine der Initiative:

- » Multiprofessionelles Schulungskonzept Demenz / Delir
- » Kommunikationskonzept/-maßnahmen: Plakatkampagne, Broschüren, Intranetseite und Website [www.demenz.tirol-kliniken.at](http://www.demenz.tirol-kliniken.at), Auszeit-TV,
- » Memory-Netzwerk und Memory ExpertInnengruppe
- » Rooming-in
- » Begleitung durch Ehrenamtliche
- » Informationsbogen/Checkliste „Gut vorbereitet ins Krankenhaus“
- » Bau -und BO-Planung
- » Veranstaltungen / Öffentlichkeitsarbeit / Netzwerke

### Empfehlungen bzw. Erfahrungen der ersten vier Jahre

Der Auftrag durch die höchste Führungsebene, die klare Organisationsstruktur bzw. die geregelte Kommunikation haben sich bewährt. Es braucht „Kümmerer“, um die Nachhaltigkeit zu sichern und zu gewährleisten, dass die eingeleiteten Maßnahmen auch bei den PatientInnen ankommen. Der offenere Rahmen der Initiative statt einer Projektstruktur bietet die Möglichkeit Maßnahmen und Projekte flexibel aufzugreifen und zu fördern. 3000 MitarbeiterInnen werden bis Ende 2018 ein Angebot des Schulungskonzeptes in Anspruch genommen haben. Über 200 Memory Beauftragte und Memory Nurses gewährleisten die Umsetzung und Weiterentwicklung vor Ort. Das hohe Interesse und die überraschend hohe Unterstützung der Initiative ist nicht zuletzt auch auf die private Betroffenheit vieler MitarbeiterInnen zurückzuführen.

## Orientierungshilfe Demenzkompetenz im Spital

**E. Rappold, B. Juraszovich;**

Gesundheit Österreich, Wien, Austria.

2012 fordern die WHO und Alzheimer's Disease International Regierungen der Mitgliedstaaten auf, die Demenzerkrankung als Schwerpunkt der Gesundheitspolitik anzuerkennen und entsprechende Maßnahmen umzusetzen. Die österreichische Regierung nahm, die Entwicklung einer Demenzstrategie in ihr Regierungsprogramm 2013–2018 auf. Daraufhin wurde die GÖG 2015 mit der Entwicklung der Demenzstrategie „Gut leben mit Demenz“ beauftragt. In einem partizipativen Prozess unter Einbindung von Betroffenen, Entscheidungsträgerinnen/Entscheidungsträgern, Umsetzerinnen/Umsetzern und Expertinnen/Experten wurden sieben Wirkungsziele, deren Erreichen die Lebenssituation von Menschen mit Demenz verbessert, erarbeitet.

Eine Handlungsempfehlung betrifft die „Anpassung der Strukturen, Prozesse, Abläufe und Umgebungsfaktoren in Krankenanstalten an die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz. Um die Bedürfnisse von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen im Krankenhaus erkennen und berücksichtigen zu können, sollen Rahmenbedingungen geschaffen und Leitlinien entwickelt werden, um so eine im Krankenhaus abgestimmte Betreuung zu gewährleisten.

Für Menschen mit Demenz stellt der Aufenthalt in einem Krankenhaus eine schwierige und beängstigende Situation dar – häufig auch für ihre Angehörigen. Ältere Menschen können durch einen Ortswechsel wie die Aufnahme in ein Krankenhaus destabilisiert werden. Insbesondere Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen weisen somit auch ein höheres Risiko auf, während des Krankenhausaufenthaltes ein Delir zu entwickeln. Mit der **Orientierungshilfe Demenzkompetenz im Spital** sollen Entscheidungsträger/-innen und Führungskräfte für die Betreuung und Versorgung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen sensibilisiert werden. In der Orientierungshilfe werden Maßnahmen aufgezeigt, die den Krankenhausaufenthalt für Patientinnen/Patienten mit demenziellen Beeinträchtigungen möglichst friktionsfrei ermöglichen. Die konkrete Umsetzung und Detailplanung obliegt dem jeweiligen Krankenhaus.

Die Orientierungshilfe wurde literaturgestützt sowie unter Einbindung von Vertreter/innen ausgewählter Trägereinrichtungen erarbeitet. Für die systematische Darstellung der Empfehlungen wurde die in England entwickelte SPACE-Systematik herangezogen.

Deren Aspekte sind:

- » Staff (ausreichend und adäquat geschultes Personal)
- » Partnership (Partnerschaftlichkeit)
- » Assessment (Assessment und Identifikation des Risikos von Patientinnen/Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen)
- » Care (individualisierte Betreuung und Versorgung)
- » Environment (Umgebung und Ausstattung).

Diese Systematik wurde um das Kapitel

- » „Dementia Governance“ erweitert.

Im Vortrag werden die sechs Dimensionen mit jeweils konkreten Maßnahmen vorgestellt.



## DEMDATA- Das Tschechisch-Österreichische Pflegeheimprojekt

S. Auer<sup>1</sup>, P. Ratajczak<sup>1</sup>, E. Linsmayer<sup>2</sup>, D. Prieschl<sup>2</sup>, M. Höfler<sup>1</sup>;

<sup>1</sup>Zentrum für Demenzstudium, Department für Klin. Neurowissenschaften und Präventionsmedizin, Krems, Austria,

<sup>2</sup>MAS Alzheimerhilfe, Bad Ischl, Austria.

### Hintergrund

Nach Schätzungen von Alzheimer's Disease International sind derzeit etwa 50 Millionen Menschen weltweit von Demenz betroffen und diese Zahl wird sich laut Prognosen bis zum Jahr 2050 mehr als verdoppeln. Trotz dieser drastischen Zahlen gibt es nach wie vor wenig Information darüber, wie viele Menschen mit einer Demenz in Langzeitpflegeeinrichtungen in Österreich und in Tschechien leben. Um solche Grundlagendaten zu erheben, wurde 2016 das Projekt „DEMDATA - Das Tschechisch-Österreichisch Langzeitpflegeprojekt“ (Auer et al., 2017; I 2361-1327, www.demdata.at) gestartet, das vom österreichischen Wissenschaftsfonds (FWF; lead agency) und dem tschechischen Wissenschaftsfonds (GACR) finanziert wird.

### Beschreibung des Projektes

Um Grundlagendaten zu erheben und auch einen Ländervergleich durchführen zu können, wurde ein gemeinsames Studienprotokoll entwickelt. In Österreich konnten mehr als 550 BewohnerInnen aus acht randomisiert ausgewählten (oberösterreichischen) Pflegeheimen für die Untersuchung gewonnen werden; in Tschechien mehr als 500 BewohnerInnen aus 14 Heimen. Dabei wurden sowohl medizinische als auch soziale Parameter erhoben. Auch die Situation des Pflorgeteams und der Angehörigen wurde mittels Tests bzw. Fokusgruppen erfasst. Durch die Erkenntnisse dieser Untersuchung sollen optimale und leistbare Konzepte für alle Betroffenen entwickelt werden.

### Empfehlungen

- Randomisierte Auswahl der Pflegeheime
- Studienassistenten aus dem Pflorgeteam
- Gute Vorbereitung des Projektes durch Workshops
- Führung eines Forschungstagebuchs
- Rückmeldung der Ergebnisse an die Pflegeheime

### Publikation

Auer S., Linsmayer E., Beránková A., Pascher P., Firlinger B., Prischl D., Ratajczak P., Span E., & Holmerova I. (2017). DEMDATA: The Austrian-Czech institutional long term care project - design and protocol of a two-centre cross sectional study. BMC Health Services Research, 17: 296. doi: 10.1186/s12913-017-2244-x

## Partizipative Demenzforschung: Menschen mit Demenz als Co-Forschende - geht das?

D. Gebhard;

Fachhochschule Kärnten, 9020 Klagenfurt, Austria.

### Hintergrund

Der von der Weltgesundheitsorganisation im Jahr 2017 publizierte globale Aktionsplan für Demenz definiert als ein zentrales Handlungsziel die Forcierung von Forschungsaktivitäten im Themenfeld Demenz. Konkret wird dabei die Verdoppelung der globalen Forschungstätigkeit im Zeitraum zwischen 2017 und 2025 angestrebt. Dem Ansatz der Partizipativen Gesundheitsforschung folgend stellt sich dabei die Frage, wie den Menschen, deren Leben erforscht wird, ein Maximum an Partizipation ermöglicht werden kann bzw. in welchem Ausmaß dies für Menschen mit Demenz sinnvoll möglich ist. Das ebenfalls im Jahr 2017 veröffentlichte Positionspapier von Alzheimer Europe ruft in diesem Kontext dazu auf, dass Menschen mit Demenz zum ehest möglichen Zeitpunkt und über den gesamten Ablauf des Forschungsprozesses hinweg involviert werden sollen. Studien, die über die Durchführbarkeit dieses Anspruchs sowie über die damit einhergehenden Herausforderungen und Potentiale berichten, sind jedoch bislang kaum vorhanden.

### Best Practice Projekt

Im Rahmen des vom Fonds Gesundes Österreich geförderten Projekts Gesundheit in Bewegung 2.0 wurde eine Bewegungsintervention für die Zielgruppe Menschen mit Demenz im Setting Pflegeheim partizipativ entwickelt, durchgeführt und mit einem Mixed-Methods-Konzept unter anderem randomisiert und kontrolliert evaluiert. Nach Projektabschluss wurde das Projekt entlang der durchlaufenen Phasen des Public Health Action Cycles hinsichtlich der Erreichung des Grades der Forschungspartizipation von Menschen mit Demenz mittels des neunstufigen Modells der Beteiligung an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention bewertet. Die Entwicklung des Bewegungsprogramms und die Interventionsumsetzung erreichten dabei Stufe 6 (Mitbestimmung), die Interventionsevaluation erreichte Stufe 4 (Anhörung). Trotz des relativ hohen Grades der Partizipation zeigt diese kritische Bewertung auch Potentiale für ein höheres Ausmaß an Teilhabe auf. Um diese in zukünftigen Forschungsprojekten ausschöpfen zu können, wurden daran anknüpfend literaturbasiert Ansätze entwickelt, die Menschen mit Demenz entlang aller Projektphasen zu einem höheren Grad an Forschungspartizipation befähigen können.

### Empfehlungen

Folgende Methoden konnten literaturbasiert identifiziert werden, um Menschen mit Demenz zur Forschungspartizipation im gesamten Forschungsprozess zu befähigen:

- Goal Attainment Scaling im Rahmen einer partizipativen Festlegung von Zielparametern und zur Überprüfung deren Erreichung
- Photovoice zum Zwecke der partizipativen Bedarfs- und Bedürfniserhebung
- Peer-Support im Rahmen der Interventionsumsetzung
- Peer-Research mit einem Interviewer\*innen-Tandem aus Forschenden und Menschen mit Demenz im Rahmen qualitativer Erhebungen



## Österreichische Demenz-Expertise vernetzen: Die Kompetenzgruppe Demenz stellt sich vor

E. Mir<sup>1</sup>, D. Gebhard<sup>2</sup>;

<sup>1</sup>Fachhochschule Kärnten, 9560 Feldkirchen, Austria,

<sup>2</sup>Fachhochschule Kärnten, 9020 Klagenfurt, Austria.

### Hintergrund

Die Weltgesundheitsorganisation ruft im globalen Aktionsplan für Demenz in Bezug auf Prävention, Diagnose, Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz zur Entwicklung, Implementierung und Umsetzung von nationalen Forschungsagenden auf. Diesem Prozess setzt die Weltgesundheitsorganisation den Aufbau von Kooperationen von Forschungsexpert\*innen mit relevanten Stakeholdern voraus. Auch in der österreichischen Demenzstrategie spiegelt sich dieser Aufruf im Wirkungsziel 7 „Qualitätssicherung und -verbesserung durch Forschung“ wider und zur Erreichung des Zieles wird konkret zu Vernetzungsaktivitäten und Bündelungen von Kompetenzen an der Schnittstelle zwischen Forschung und Praxis aufgefordert. Vor diesem Hintergrund wurde 2017 die Kompetenzgruppe Demenz in Anbindung an die Österreichische Gesellschaft für Public Health gegründet.

### Best Practice

Ziel der Kompetenzgruppe Demenz ist es, ein interdisziplinäres Netzwerk von Forschenden, Entscheidungsträger\*innen aus den Versorgungssettings und der Politik aufzubauen sowie transdisziplinäre Kooperation im Themenbereich zu forcieren. In Anknüpfung an die Wirkungsziele der Österreichischen Demenzstrategie soll dazu beigetragen werden, eine nationale Forschungsagenda zu entwickeln und es sollen bereits vorhandene forschungsbasierte Informationen bedarfsgerecht relevanten Zielgruppen kommuniziert werden, um Eingang in Gesellschaft, Politik und professionelle Praxis zu finden. Zudem soll die Forschungscommunity durch die Aktivitäten der Kompetenzgruppe für die speziellen Forschungsanforderungen im Themenbereich sensibilisiert werden. Die Österreichische Demenzstrategie komplementierend, wird ein weiterer Tätigkeitsschwerpunkt der Kompetenzgruppe auf dem Themenbereich Prävention und Gesundheitsförderung für Menschen mit Demenz liegen, welcher bislang im nationalen Strategiepapier nicht abgebildet ist.

### Empfehlungen

Die Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen für Forschung, Praxis und Politik wird in der Tätigkeit der Kompetenzgruppe im Mittelpunkt stehen, dabei können folgende Themen als erste relevante Themengebiete festgehalten werden:

- Entwicklung von Handlungsempfehlungen und Richtlinien für Forschungseinrichtungen hinsichtlich der Forschung mit Menschen mit Demenz, im Speziellen der Forschungspartizipation
- Identifikation von nationalen Forschungsdesiderata in Abstimmung mit den Bedürfnissen der Praxis und unter Berücksichtigung des internationalen Evidenzkörpers
- Entwicklung von Empfehlungen für die Umsetzung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung mit der Zielgruppe Menschen mit Demenz, im ersten Schritt für den Themenkomplex Bewegung

Zudem vergibt die Kompetenzgruppe Demenz im Jahr 2019 erstmalig den 1. Österreichischen Demenzpreis, um bereits realisierte Best Practice Projekte vor den Vorhang zu holen.

# Parallel Session IId

## Symposium der ÖGPH-Kompetenzgruppe Kinder- und Jugendgesundheit





## Kinder- und Jugendgesundheit

**R. Felder-Puig;**

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention, Wien, Austria.

Das diesjährige Symposium zur Kinder- und Jugendgesundheit wurde von der Leiterin der entsprechenden ÖGPH Kompetenzgruppe – Dr. Rosemarie Felder-Puig – organisiert. Eingeladen wurden dieses Jahr nur Jungwissenschaftler/innen, die in verschiedenen österreichischen Institutionen tätig sind und auf dem Symposium ihre Themen, Ideen und Ergebnisse zur Kinder- und Jugendgesundheit präsentieren. Die Moderation des Symposiums übernimmt Dr. Rosemarie Felder-Puig. Die ÖGPH-Kompetenzgruppe wurde im Jahr 2016 gegründet und versucht unter anderem den Dialog zwischen Wissenschaft, Politik und Praxis zu verbessern.

### Einzelvorträge

**Stefan Fischer** - Ludwig Boltzmann Institute Health Technology Assessment  
Lohnt sich die Investition in die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen?

**Gunter Maier** - Institut für Gesundheitsförderung und Prävention  
Was bedeutet Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter? Fragen und Herausforderungen

**Michael Zeiler et al.** - Medizinische Universität Wien  
Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität bei Jugendlichen in Österreich

**Elisabeth Höld et al.** - Fachhochschule St. Pölten & Universität Wien  
Gesundheitsverhalten von in Ostösterreich lebenden Jugendlichen im NEET-Status

**Friedrich Teutsch** - Institut für Gesundheitsförderung und Prävention  
Mobbing und Gewalt unter österreichischen Schülerinnen und Schülern

**Theresa Bengough** - Gesundheit Österreich GmbH  
Aktuelle Aktivitäten im Rahmen der österreichischen Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie

## Lohnt sich die Investition in die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen?

**S. Fischer, M. Stanak;**

LBI-HTA, Wien, Austria.

### Hintergrund

Bereits seit den 1960er-Jahren ist das Thema der Leistungs- und Wirkungsmessung im Rahmen der Evaluationsforschung allgegenwärtig. Dabei geht es verstärkt auch darum den Wert und die entsprechenden Auswirkungen einer Intervention für die Gesellschaft zu bewerten.

### Methode

Das Projekt setzte sich zum primären Ziel eine Übersicht über „Social Impact Measurement“ im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit zu erstellen. Dabei wurde der Fokus auf Studien zu „Social Return on Investment“ (SROI) sowie Kosten-Nutzen-Analysen gelegt.

Die Kriterien zur Suche und zum Einschluss der Studien wurde relativ breit gehalten. Das Hauptaugenmerk lag auf Interventionen für Kinder und Jugendliche im Alter von 0-18 Jahren.

### Ergebnisse

Letztlich wurden 18 Studien zu 15 Programmen identifiziert. Zu acht Programmen wurden Kosten-Nutzen-Analysen und zu sechs Programmen wurden SROI-Analysen identifiziert. Zu einer Intervention wurde sowohl der SROI als auch das Kosten-Nutzen-Verhältnis ermittelt.

Die methodischen Ansätze der Studien variierten stark: Hauptsächlich waren die Herangehensweisen durch die angewendete Art der Analyse bestimmt (ob SROI oder Kosten-Nutzen-Analyse). Die Messung des Nutzens sowie der Auswirkungen der Interventionen bezog sich vorwiegend auf die Wirksamkeit, die im Rahmen von kurzzeitigen Beobachtungen ermittelt und anschließend monetarisiert wurden. Dies erfolgte entweder direkt oder indirekt, mithilfe einer Vielzahl von verschiedenen Outcomes.

Die interventionellen Kosten der Programme variierten zwischen 669 und 72.167 Euro pro TeilnehmerIn. Die vermiedenen Kosten im Bereich „Bildung“ lagen bei 665 bis 11.031 Euro. Insgesamt 596-76.430 Euro wurden im Bereich „Einkommen“ generiert, vorrangig wegen höherer Einkommen und dadurch höherer Steuereinnahmen. Im „Gesundheitswesen“ wurden Benefits von -619 bis 10.087 Euro ermittelt (der negative Wert bedeutet, dass die Kosten höher als die Einsparungen waren). Der Nutzen in der Kategorie „Sozialhilfe“ wurde mit 240-11.182 Euro bestimmt, z.B. durch die Reduktion von Kindesmissbrauch. Im Bereich „Kriminalität“ wurden die Einsparungen mit 508-79.134 Euro angegeben, als Resultat von beispielsweise weniger Polizeikontakten.

Insgesamt lag die sogenannte „Sozialrendite“ im Mittel bei 1,19 bis 23,5.

### Diskussion und Fazit

Es haben alle Studien zeigen können, dass sich die „Investition“ in Kinder und Jugendliche rentiert - insbesondere über einen langfristigen Zeithorizont. Jedoch zeigten die Studien auch eine enorme Heterogenität bei den angewendeten Methoden, den Ergebnissen und den Interventionen an sich.



## Was bedeutet Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter? Offene Fragen & Herausforderungen

**G. Maier;**

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention, Wien, Austria.

### Hintergrund

Gesundheitskompetenz gewinnt in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung, sowohl in der Gesundheitsförderung als auch in der Gesundheitsbildung, und wird als eine wichtige Gesundheitsdeterminante angesehen, deren Steigerung es ermöglichen soll, konkrete Verbesserungen bei Gesundheitsoutcomes herbeizuführen, gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren und das Gesundheitssystem mittel- bis langfristig zu entlasten.

Die Stärkung der Gesundheitskompetenz findet sich relativ weit oben auf der Prioritätenliste der österreichischen Gesundheitspolitik, auch eine Nachwirkung der Ergebnisse der HLS-EU Studie, die der österreichischen Bevölkerung eine stark verbesserungswürdige Gesundheitskompetenz attestiert.

Im Vergleich zur Erwachsenenpopulation existieren für Kinder und Jugendliche verhältnismäßig wenige Erkenntnisse über den Status ihrer Gesundheitskompetenz und ihre Bedeutung, und das obwohl das Jugendalter ein Lebensabschnitt ist, in dem das Gesundheitsverhalten der Heranwachsenden mitunter nachhaltig geprägt wird.

In dem momentanen Wissensdefizit, das rund um die Thematik von Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen herrscht, gibt die vorliegende Arbeit einen Überblick über den aktuellen Stand der Forschung und versucht, offene Fragen zu beantworten.

### Methoden

Durch die Aufarbeitung und Analyse der verfügbaren Literatur zum Thema Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen werden Probleme und Herausforderungen aufgezeigt, die sich in der Beschäftigung mit dieser Materie ergeben.

### Ergebnisse

Selbst unter Forschern besteht kein wirklicher Konsens darüber, welche Kompetenzen, welches Wissen und welche Fähigkeiten in Zusammenhang mit Gesundheit in welchem Alter und in welchem gesellschaftlichen/kulturellen Kontext relevant sind.

Das Fehlen eines allgemein akzeptierten Entwicklungsstufenmodells von Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen trägt auch dazu bei, dass sich eine Messung auf breiter Ebene als schwierig gestaltet. Die größte Herausforderung besteht darin, den speziellen Eigenschaften dieses Lebensabschnittes (Gesundheitsverständnis, Entscheidungsprozess, Epidemiologie etc.) in Theorie, Konzepten und der Praxis gerecht zu werden.

### Schlussfolgerungen

Es existieren zahlreiche offene Fragen und Unklarheiten in Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen. Aus diesen lassen sich jedoch wertvolle Erkenntnisse und Empfehlungen für die Zukunft ableiten, beispielsweise ein pragmatischer, bedarfsorientierter Zugang im Rahmen von Projekten zur Steigerung von Gesundheitskompetenz, die Konzeptualisierung von Gesundheitskompetenz als schulischer Outcome und damit verbunden ihre Messung analog zu den Verfahren, die zur Überprüfung von Bildungsstandards herangezogen werden (Health-PISA). Darüber hinaus lässt sich eine Verbesserung der Kommunikation mit medizinischem Personal möglicherweise durch die Betonung bzw. die Stärkung von Kinder- und Jugendrechten erreichen.

## Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität bei Jugendlichen in Österreich: Ergebnisse aus der MHAT-Studie

**M. Zeiler<sup>1</sup>, K. Waldherr<sup>2</sup>, J. Philipp<sup>1</sup>, S. Truttmann<sup>1</sup>, G. Wagner<sup>1</sup>, A. Karwautz<sup>1</sup>;**

<sup>1</sup>Medizinische Universität Wien, Wien, Austria, <sup>2</sup>Ferdinand Porsche FernFH, Wr. Neustadt, Austria.

### Hintergrund

Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität wird als weit verbreitet in der Population der Jugendlichen angenommen. Im 2013 von der American Psychiatric Association herausgegebenen Diagnosesystem (DSM-5) wurden erstmals Diagnosekriterien für Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) und die Suizidale Verhaltensstörung (SVS) definiert. Daten zur Epidemiologie und Phänomenologie sind insbesondere für die Jugendlichen-Population noch rar.

### Methode

Im Rahmen der Mental Health in Austrian Teenagers (MHAT) Studie wurden 3610 SchülerInnen im Alter von 10-18 Jahren, sowie frühe SchulabbrecherInnen (N = 39) und 133 in psychiatrischen Einrichtungen stationär behandelte Kinder und Jugendliche befragt. In einem ersten Schritt wurde der Youth-Self Report (inkl. 2 Fragen zu selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität) als Screening-Fragebogen vorgegeben. Anschließend wurden im Rahmen von strukturierten diagnostischen Interviews mit 472 Jugendlichen NSSV und SVS anhand der DSM-5 Kriterien erfasst.

### Ergebnisse

Im Screening-Fragebogen gaben 10.4% der SchülerInnen an, sich manchmal oder häufig selbst zu verletzen. Dieser Anteil war in der Stichprobe der frühen SchulabbrecherInnen fast dreimal (30.7%) und bei kinder- und jugendpsychiatrischen PatientInnen fast sechsmal (59.8%) so hoch. Ein ähnlich hoher Anteil berichtete von aktuellen Suizidgedanken (8.7% der SchülerInnen, 30.0% der frühen SchulabbrecherInnen und 58.9% der PatientInnen). Selbstverletzungen und Suizidgedanken wurden von Mädchen ungefähr doppelt so häufig berichtet wie von Buben. Chronisch-körperliche und psychische Erkrankungen von den Befragten als auch von nahen Angehörigen (Eltern oder Geschwister), sowie belastende und traumatische Ereignisse (inkl. Erfahrungen von Bullying) in der Lebensgeschichte waren signifikant mit selbstverletzendem Verhalten assoziiert. Rund 1% der Jugendlichen erfüllten zum aktuellen Zeitpunkt die Diagnosekriterien für NSSV. Die Lebenszeitprävalenz betrug 2.4%. Ritzen, Schneiden und Kratzen der Hautoberfläche waren die häufigsten Methoden der Selbstverletzung. Eine suizidale Verhaltensstörung wurde bei 1.7% der Jugendlichen diagnostiziert. Beide Störungen zeichneten sich insbesondere durch eine hohe Komorbidität (> 90%, vorwiegend Depression und Angststörungen), sowie eine niedrige Behandlungsrate (< 20% in der Schul-Stichprobe) aus.

### Schlussfolgerungen

Insbesondere aufgrund der hohen Komorbidität und der niedrigen Inanspruchnahme von professioneller Hilfe, haben selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität eine hohe Relevanz für Public Health.



## Gesundheitsverhalten von in Ostösterreich lebenden Jugendlichen im NEET-Status

E. Höld<sup>1</sup>, C. Winkler<sup>1</sup>, P. Rust<sup>2</sup>;

<sup>1</sup>Fachhochschule St. Pölten, Institut für Gesundheitswissenschaften, Studiengang Diätologie, 3100, Austria,

<sup>2</sup>Universität Wien, Department für Ernährungswissenschaften, 1090, Austria.

### Hintergrund

Jugendliche im NEET-Status (=not in education, employment or training) sind vermehrt von sozialer Ausgrenzung und gesundheitlicher Chancenungleichheit betroffen. In Österreich zählen ca. 8,6% der 16- bis 24-Jährigen zu dieser heterogenen Gruppe. Zum Gesundheitsverhalten von Jugendlichen im NEET-Status existieren nur limitierte Daten und diese deuten auf eine diesbezüglich nachteilige Situation hin.

### Methoden

Im Rahmen des von Fonds Gesundes Österreich und „Tut gut!“ (NÖ Gesundheits- und Sozialfonds) geförderten Projekts GAAS (=Projekt zur Förderung der Gesundheitskompetenzen von Jugendlichen, die sich nicht in Ausbildung, Arbeit oder Schulung befinden; 2015-2018) wurden von der Universität Wien und der Fachhochschule St. Pölten in Kooperation mit der Produktionsschule spacelab und Nordrand Mobile Jugendarbeit 53 Datensätze zum Gesundheitsverhalten von Jugendlichen im NEET-Status mittels online-Fragebogenerhebung gesammelt. Diese Daten wurden mit dem österreichischen Durchschnitt an Hand der altersentsprechenden Datensätze (n=2900) der SchülerInnen der WHO-Health Behaviour in School-aged Children Study (=WHO-HBSC-Studie) 2014 verglichen.

### Ergebnisse

Die Analyseergebnisse zeigen, dass Jugendliche im NEET-Status häufiger als WHO-HBSC-SchülerInnen aus sozial benachteiligten Familien stammen. Während 90,3% der Jugendlichen im NEET-Status in Familien mit einem niedrigen/mittleren Wohlstand leben, stammt die Mehrheit der WHO-HBSC-SchülerInnen aus Familien mit einem mittleren/hohen Sozialstatus. Hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens zeigen sich deutliche Unterschiede. Jugendliche im NEET-Status konsumieren täglich seltener Obst (NEET: 26,4%; WHO-HBSC: 53,0%) und Gemüse (NEET: 28,3%; WHO-HBSC: 50,1%) sowie häufiger Fast Food (NEET: 9,4%; WHO-HBSC: 7,5%) als WHO-HBSC-SchülerInnen. Keine Unterschiede zeigen sich bezüglich des Bewegungsverhaltens. Dennoch sind Jugendliche im NEET-Status häufiger adipös (20,8%) und seltener unter-/normalgewichtig (66,7%) als jene der WHO-HBSC-Studie (adipös: 2,1%; unter-/normalgewichtig: 85,8%). Sowohl Jugendliche im NEET-Status als auch WHO-HBSC-SchülerInnen konsumieren regelmäßig Nikotin und Alkohol. Während 52,8% der Jugendlichen im NEET-Status rauchen, greifen 12,3% der WHO-HBSC-SchülerInnen täglich zur Zigarette. Unter der Berücksichtigung aller alkoholischen Getränke zeigt sich kein Unterschied in der Häufigkeit des Alkoholkonsums.

### Schlussfolgerungen

Trotz der unterschiedlichen Stichprobengrößen unterstreichen die Ergebnisse, dass Jugendliche im NEET-Status zu besonders vulnerablen Gruppen zählen und vermehrt ein nachteiliges Gesundheitsverhalten aufweisen. Auch können bereits erste gesundheitliche Konsequenzen, wie die hohe Rate an adipösen Jugendlichen, dokumentiert werden.

Die Autorinnen danken Mag. Dr. Rosemarie Felder-Puig, MSc, nationale Studienleiterin WHO-HBSC-Österreich (Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH) für die Zurverfügungstellung der altersentsprechenden österreichischen Daten der WHO-HBSC-Studie 2014.

## Mobbing und Gewalt unter österreichischen Schülerinnen und Schülern

F. Teutsch;

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention, Wien, Austria.

### Hintergrund

Als Mobbing wird wiederholte Gewalt innerhalb sozialer Beziehungen bezeichnet, der ein Machtungleichgewicht zugrunde liegt. Ob körperliche oder psychische Angriffe - die Täterinnen und Täter handeln mit dem Ziel zu verletzen und ihre Überlegenheit gegenüber ihren Opfern auszudrücken. Neben Mobbingattacken die sich direkt auf Personen beziehen, spricht man außerdem von indirektem Mobbing, wenn Opfer ausgeschlossen werden und ihnen die Teilnahme an Gruppenaktivitäten verwehrt wird. Die Schule ist ein Ort mit einem hohen Mobbingpotenzial und für Opfer wie auch für Täterinnen und Täter sind Mobbingverfahren bis ins Erwachsenenalter mit einem erhöhten Risiko für psychische Beschwerden assoziiert.

### Methoden

Die dargestellten Ergebnisse stammen aus der Health Behaviour of School-aged Children Studie (HBSC), bei der Schülerinnen und Schüler in 42 Ländern und Regionen zu Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Rahmenbedingungen befragt werden. In Österreich nahmen zuletzt etwa 6000 Kinder und Jugendliche zwischen 11 und 17 Jahren an der Erhebung teil.

### Ergebnisse

In Österreich sind etwa 15% der Mädchen und 30% der Burschen regelmäßig in Mobbing involviert - entweder als Täterinnen und Täter, als Opfer oder in beiden Rollen. Neben Unterschieden nach Geschlecht besteht auch ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Mobbing und dem Alter der Befragten, wobei die 13-Jährigen am häufigsten betroffen sind. Schülerinnen und Schüler mit Mobbingverfahren beschreiben die eigene Gesundheit in vieler Hinsicht weniger positiv als andere Gleichaltrige und geben eine niedrigere allgemeine Lebenszufriedenheit an. Gesundheitlich sind die Opfer in der Regel stärker beeinträchtigt als Täterinnen und Täter, aber auch diese Gruppe gibt bestimmte Beschwerden häufiger an als jene ohne Mobbingverfahren. Mobbing steht außerdem negativ in Zusammenhang mit schulischem Erfolg und der allgemeinen Zufriedenheit mit der Schule. Alter und Geschlecht spielt hier oft eine wichtige Rolle, so wird die Schule unter 17-Jährigen unabhängig von Mobbingverfahren insgesamt nur wenig wertgeschätzt.

### Schlussfolgerungen

Gewalt zwischen Schülerinnen und Schülern ist ein allgegenwärtiges Problem in österreichischen Schulen mit negativen Auswirkungen für die Betroffenen. Die Identifikation von Risikogruppen und fortschreitende Bewusstmachung der Problematik kann dabei helfen Maßnahmen zu entwickeln und Schulgemeinschaften dabei unterstützen, entschieden gegen Mobbing aufzutreten.



## Aktuelle Aktivitäten im Rahmen der österreichischen Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie

T. Bengough, P. Winkler;

Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Austria.

### Hintergrund

Kinder und Jugendliche sind heute überwiegend gesund. In der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 (ATHIS) stuften 96 % der Eltern den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder als gut oder sehr gut ein. Wenn Kinder erkranken, dann aufgrund alltäglicher Gesundheitsbeeinträchtigungen wie Erkältungen, oder häufiger chronischer Erkrankungen wie Neurodermitis, Heuschnupfen und Asthma. Auch psychische Auffälligkeiten und lebensstilbedingte Gesundheitsrisiken, wie Übergewicht, sind von Bedeutung.

### Beschreibung des Projekts

Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 2011 die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie mit insgesamt 20 Zielen verabschiedet. Basis für deren Erarbeitung war ein breit angelegter Dialog zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit. Da schon bei Kindern ein enger Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status der Eltern und Gesundheitsverhalten und -zustand besteht, wurde die Verhältnisebene ein Kernelement für den Kindergesundheitsdialog. Im Fokus stand, Gesundheit zu erhalten, Chancengerechtigkeit zu fördern und der Kinder- und Jugendgesundheit generell mehr öffentliche Aufmerksamkeit zu schenken. Deshalb wurde Kindern und Jugendlichen ein eigenes Ziel bei den österreichischen Gesundheitszielen gewidmet („Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen“), das einzige Ziel für eine bestimmte Zielgruppe.

### Evaluierungsergebnisse

Zur Begleitung der Umsetzung der Strategie wurde eine Koordinationsstelle eingerichtet, die von einem ressortübergreifend besetzten Komitee unterstützt wird. Das Komitee wurde im Sinne des Health in all Policy-Ansatzes zusammengestellt und tagt regelmäßig. Koordinationsstelle und Komitee haben vor allem die Aufgabe, die Umsetzung beider Strategien zu unterstützen. Im Zuge des Monitorings der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie beispielsweise wurde der Stand der Umsetzung bisher viermal erhoben. Diese sogenannten Updates geben einen - wenngleich unvollständigen - österreichweiten Überblick über Maßnahmen zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit und haben auch auf Ebene der Länder den intersektoralen Austausch zum Thema Kinder- und Jugendgesundheit angeregt. Die Ergebnisse dieser Updates wurden im Rahmen eintägiger Veranstaltungen der Öffentlichkeit präsentiert.

### Empfehlungen

Die österreichische Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie hat die intersektorale Zusammenarbeit zum Thema angeregt und dazu beigetragen, dass Kinder- und Jugendgesundheit in der Öffentlichkeit mehr diskutiert wird. Sie diente der Legitimation einschlägiger Maßnahmen, förderte die Zusammenarbeit und war Impuls für neue Maßnahmen, wie beispielsweise der Etablierung von Frühen Hilfen in Österreich.

12,3% der WHO-HBSC-SchülerInnen täglich zur Zigarette. Unter der Berücksichtigung aller alkoholischen Getränke zeigt sich kein Unterschied in der Häufigkeit des Alkoholkonsums.

### Schlussfolgerungen

Trotz der unterschiedlichen Stichprobengrößen unterstreichen die Ergebnisse, dass Jugendliche im NEET-Status zu besonders vulnerablen Gruppen zählen und vermehrt ein nachteiliges Gesundheitsverhalten aufweisen. Auch können bereits erste gesundheitliche Konsequenzen, wie die hohe Rate an adipösen Jugendlichen, dokumentiert werden.

Die Autorinnen danken Mag. Dr. Rosemarie Felder-Puig, MSc, nationale Studienleiterin WHO-HBSC-Österreich (Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH) für die Zurverfügungstellung der altersentsprechenden österreichischen Daten der WHO-HBSC-Studie 2014.

## Parallel Session IIe

Symposium der  
ÖGPH-Kompetenzgruppe  
körperliche Aktivität:  
Bewegungsimpulse über  
Grenzen hinweg





## Symposium der ÖGPH Kompetenzgruppe körperliche Aktivität: Bewegungsimpulse über Grenzen hinweg.

**S. Titze;**

Medizinische Universität Graz, Austria.

Bewegungsimpulse über Grenzen hinweg bedeutet, dass sowohl über Bewegungsprojekte aus Österreich als auch aus EU-Ländern berichtet wird. Über die Grenzen hinweg reden wir über die unterschiedlichen Aspekte zur Sicherung der Projektqualität, über Erfolg oder Misserfolg bei der Erreichung und Bindung der Zielgruppen, über die Notwendigkeit zu kooperieren und über Bewegungsveränderung basierend auf EU-Monitoringdaten.

### Einzelvorträge

**Verena Zeuschner**

Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung - Gute Praxis für Bewegungsförderung

**Christian Lackinger**

Regelmäßige körperliche Aktivität als Erfolgsindikator: Adherence bei Bewegungsinterventionen.

**Susanne Ring-Dimitriou**

"Ich spiele gerne mit dem Ball und daher kann ich auch toll werfen, fangen und kicken". Ergebnisse aus der SALTO-Interventionsstudie.

**Christian Fessl**

Bewegte Apotheke - eine niederschwellige Bewegungsinitiative auf MultiplikatorInnenbasis

**Erwin Gollner**

Intersektorale Kooperation am Beispiel des Ge(h)sundheitsförderungsprojektes „Schoolwalker“

**Christian Halbwachs**

Bewegungsmonitoring und HEPA-Initiativen auf EU-Ebene

## Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung - Gute Praxis für Bewegungsförderung

**V. Zeuschner;**

Fonds Gesundes Österreich, Wien, Austria.

Die Gesundheitsförderung im Allgemeinen und die Bewegungsförderung im Speziellen haben sich in den vergangenen Jahren stetig weiterentwickelt und etabliert. Aus zahlreichen Praxisprojekten und auf Basis von Literatur bestehen mittlerweile fundierte Erkenntnisse für eine qualitätsvolle Umsetzung von Praxisprojekten.

Diese sind: Positiver, umfassender und dynamischer Gesundheitsbegriff, Gesundheitliche Chancengerechtigkeit, Ressourcenorientierung und Empowerment, Setting- und Determinantenorientierung, Zielgruppenorientierung, Partizipation der Akteure/Akteurinnen des Settings, Vernetzung, Nachhaltigkeit der Veränderungen.

Damit Projekte und Programme erfolgreich umgesetzt und die Qualität und Wirksamkeit Ihrer Projekte und Programme aufgezeigt werden können bedarf es einer Orientierung diesen Qualitätskriterien. Der Fonds Gesundes Österreich hat bei der Entwicklung seiner Qualitätskriterien Know How von bereits existierenden und gut erprobten Qualitätssicherungsinstrumenten aufgegriffen und weiterentwickelt. Auf Basis der Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung lassen sich auch Praxisprojekte zur Förderung der Gesundheit durch Bewegung qualitativ bewerten. Die Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung werden präsentiert und durch eine Diskussion im Rahmen von Praxisbeispielen zur Bewegungsförderung veranschaulicht.

## Regelmäßige körperliche Aktivität als Erfolgsindikator: Adherence bei österreichischen Bewegungsinterventionen.

C. Lackinger, S. Titze, T.E. Dorner;

### Hintergrund

Erwachsene Personen sollen wöchentlich mindestens 150 Minuten aerobe Aktivität mit mittlerer Intensität und muskelkräftigende Aktivitäten durchführen, um einen substantiellen gesundheitlichen Nutzen zu erreichen. Vorschlag: Mit Bewegungsinterventionen will man Menschen unterstützen, langfristig regelmäßig körperlich aktiv zu werden. Die Adherence ist hierbei ein Indikator, ob die Regelmäßigkeit von Bewegungsinterventionen auch wie geplant umgesetzt wurde. Unter Adherence versteht man den Prozentsatz von tatsächlich realisierten Bewegungseinheiten im Verhältnis zu der Anzahl der geplanten Bewegungseinheiten. Die Adherence von 3 unterschiedlichen österreichischen Interventionsprogrammen sollen beschrieben werden.

### Methode

In der Interventionsstudie „Gesund fürs Leben“ führten Gesundheitsbuddys (Alter 50+) 2-mal pro Woche Hausbesuche bei gebrechlichen Personen durch und setzten ein Bewegungstraining kombiniert mit Ernährungsintervention um. Jeder einzelne Besuch wurde über 12 Wochen vom Gesundheitsbuddy in einem Log-Buch dokumentiert. Nach 12 Monaten wurde zusätzlich die Kontinuität mittels Fragebogen erhoben. Im Programm „SVA-bewegt“ nahmen erwachsene Personen mit Adipositas nach Empfehlung durch niedergelassene ÄrztInnen bzw. Ambulanzen an standardisierten Bewegungsprogrammen von Wiener Sportvereinen teil. Die Adherence wurde mittels Fragebogen nach 8 und 26 Wochen erhoben. Im Programm „JACKPOT“ wurden Personen aus 12 steirischen Pilotregionen während eines Kuraufenthaltes betreffend standardisierter Vereinsprogramme in Wohnortnähe informiert. Die Adherence wurde anhand der geführten Anwesenheitsliste quantifiziert. Als gute Adherence wurde eine Teilnahme von  $\geq 75\%$  von 12 initialen Bewegungseinheiten definiert.

### Ergebnisse

Die TeilnehmerInnen von „Gesund fürs Leben“ (Alter: 82,6 (8,1) Jahre; BMI: 27,4 (4,4) kg/m<sup>2</sup>) erreichten eine Adherence von 84,0% nach 12 Wochen. Nach 12 Monaten setzten 4,2% bzw. 25,0% die Interventionen noch regelmäßig bzw. sporadisch um. Bei „SVA-bewegt“-TeilnehmerInnen (Alter: 52,0 (12,1) Jahre); BMI: 37,3 (8,2) kg/m<sup>2</sup>) lag die Adherence bei 62%/49% nach 8/26 Wochen. Immerhin 50% der Personen (Alter: 53,0 (49,0; 57,0) Jahre; BMI: 27,2 (24,0; 29,7) kg/m<sup>2</sup>), welche während eines Kuraufenthaltes über „JACKPOT“ informiert wurden, haben zumindest einmal daran teilgenommen. Von den Teilnehmern erreichten 54% eine gute Adherence ( $\geq 75\%$ ).

### Schlussfolgerungen

Die Adherence von unterschiedlichen Programmen ist auf Grund unterschiedlicher methodischer Zugänge nicht ohne Limitierung miteinander zu vergleichen. Trotz Abweichungen zum Studienprotokoll haben angeleitete Bewegungsinterventionen bei unterschiedlichen Zielgruppen zufriedenstellende Adherence und sind somit ein erfolgreicher Ansatz, um einen essentiellen Beitrag zum Erreichen der Bewegungsempfehlungen zu leisten.

## Ich spiele gerne mit dem Ball und daher kann ich toll Werfen, Fangen und Kicken.

S. Ring-Dimitriou;

Universität Salzburg, Sport- und Bewegungswissenschaft, Hallein, Austria.

Im Kleinkindalter scheint die Präferenz, d.h. die Vorliebe („Das mag ich sehr“) für bestimmte motorische Fertigkeiten, wichtiger zu sein, als die Kompetenzerwartung („Ich kann das“) und wird als Voraussetzung betrachtet körperliche Tätigkeiten wie Laufen, Springen, Fangen u.a.m. zu erlernen. Daher ist es notwendig eine Lebenswelt für Kinder zu gestalten, in der sie diese Lerngelegenheiten vorfinden, sich ausprobieren können und auch systematisch in allen motorischen Kompetenzbereichen angeleitet werden (Stodden et al. 2008; Calafas et al. 1991; Rodenburg et al., 2013). Körperliche Aktivitätspräferenzen werden also erlernt und es stellt sich die Frage, welchen Einfluss Eltern hierbei haben und ob die Präferenzen der Kinder, sowie der Eltern mit dem motorischen Fertigkeitensniveau der Kleinkinder assoziiert sind? Konkret: Es wird die Hypothese untersucht, dass die Präferenz für das „spielen mit dem Ball“ bei Kindern bereits mit der Ausprägung des motorischen Fertigkeitensniveaus im Werfen, Fangen und Kicken zusammenhängt. Vor diesem Hintergrund haben wir die Aktivitätspräferenzen von 4- bis 6-Jährigen Kindern mit einem visuellen Test (Freudenthaler et al., 2015), jene die Eltern für das Kind und für sich selbst mit einem Fragebogen und das motorische Fertigkeitensniveau der Kinder mit objektiven motorischen Tests (TGMD3, Ulrich et al., 2001) im Rahmen des Projektes SALTO, Salzburg together against Obesity, untersucht. Zur statistischen Analyse wurden parametrische und nicht-parametrische Verfahren der Unterschieds- und Zusammenhangsüberprüfung sowie ein Signifikanzniveau auf dem 5%-Niveau verwendet. Eine erste Analyse von 261 Jungen und 243 Mädchen zeigt, dass die Vorlieben der Mütter bzw. Väter für das Kicken eines Balles mit dem Fertigkeitensniveau von Jungen bzw. Mädchen assoziiert ist. Es scheint das Mütter den Ball weniger gerne mit dem Fuß als mit der Hand spielen als Väter. Dies scheint Einfluss auf die Vorlieben für das Ballspielen von Mädchen und Jungen zu haben, wobei Mädchen im Ausprägungsniveau bereits im Alter von 4 Jahren schlechter abschneiden als Jungen im gleichen Alter ( $p < .05$ ). Die Befunde werden im Symposium der AG Körperliche Aktivität, Bewegung und Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public Health ausführlich dargestellt und diskutiert. Implikationen für die Bewegungsförderung im Kindergarten unter Berücksichtigung der Erziehungs- und Bildungspartnerschaft von Pädagoginnen und Eltern werden abgeleitet.



## Bewegte Apotheke - eine niederschwellige Bewegungsinitiative auf MultiplikatorInnenbasis

C. Fessler, N. Zillmann;

Wiener Gesundheitsförderung - WiG GmbH, Wien, Austria

### Hintergrund

Nur 22 % der Wienerinnen und 20 % der Wiener erfüllen die österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung (Gesundheit Österreich GmbH, 2017). In diesen werden für Erwachsene und ältere Menschen mindestens 150 Minuten Bewegung mittlerer Intensität und zweimal pro Woche muskelkräftigende Übungen empfohlen (Fonds Gesundes Österreich, 2012). Um dies umzusetzen, benötigt es ein bewegungsfreundliches Lebensumfeld.

### Beschreibung des Projekts

Das Projekt „Bewegte Apotheke“ der Wiener Gesundheitsförderung setzt aktuell mit 14 Apotheken in Wien ein kostenloses Nordic Walking-Angebot auf Basis eines MultiplikatorInnen-Stufenkonzepts um. Die primäre Zielgruppe sind Menschen ab 50 Jahren. Das MultiplikatorInnen-Konzept, das auf Grundlage der Partizipationsleiter von Wright (2012) basiert, bietet abgestufte Partizipationsmöglichkeiten: von der aktiven Walking-Teilnahme (Anweisung durch TrainerInnen) zur Co-TrainerInnen-Tätigkeit (Einbeziehung durch Schulungen) bis hin zur Leitung eines selbstständig geführten Walkingtreffs (teilweise Entscheidungskompetenz). Je höher der erreichte Partizipationsgrad der Gruppen, desto weniger Einsätze der TrainerInnen sind erforderlich und desto eigenständiger wird das Nordic Walking-Angebot geführt.

### Ergebnisse

2015 wurden 291 Nordic Walking-Termine mit TrainerInnen bei 13 Apotheken mit 3.347 Teilnahmen umgesetzt. Ab diesem Zeitpunkt wurde die Selbstorganisation der Gruppen forciert. 2016 wurden 66 Nordic Walking-Termine mit TrainerInnen bei 14 Apotheken mit 698 Teilnahmen dokumentiert. Mit 453 selbstorganisierten Treffen verzeichnete man 5.722 Teilnahmen, insgesamt waren das 6.420 Teilnahmen. 2017 konnten mit 53 Nordic Walking-Terminen mit TrainerInnen bei 14 Apotheken 455 Teilnahmen erreicht werden. Mit 570 selbstorganisierten Treffen wurden 7.048 Teilnahmen registriert.

Es zeigt sich, dass bei Abnahme der TrainerInnen-Einsätze und gleichzeitiger Implementierung von MultiplikatorInnen, die Teilnahmezahlen jährlich steigen und die Gruppen stabil bleiben. In Anlehnung an das Stufenmodell der Partizipation wird das Nordic Walking-Angebot damit teilweise in die Selbstorganisation überführt.

In Rahmen von qualitativen Interviews konnten die psycho-sozialen Effekte der Gruppe, wie der Aufbau von Freundschaften, als fördernde Teilnahmegründe erhoben werden.

### Diskussion

Bei der Konzeption und Umsetzung von bewegungsorientierten Gesundheitsförderungsprojekten ist die Einbindung von AkteurInnen des Settings ausschlaggebend, um eine dauerhafte Bindung an das Angebot zu erreichen. Dies wird mittels MultiplikatorInnen, Kooperationen, Vernetzung und der Orientierung an den Bedürfnissen und Interessen der Ziel- und Anspruchsgruppe erreicht. Das Weiterbildungs- und Betreuungsangebot für MultiplikatorInnen in der Wiener Gesundheitsförderung sichert die qualitätsvolle Umsetzung der Einheiten im Sinne der österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung.

## Intersektorale Kooperation am Beispiel des Ge(h)sundheitsförderungsprojektes „Schoolwalker“

E. P. Gollner, M. Thaller-Schneider;

FH Burgenland, Pinkafeld, Austria

### Hintergrund

Bewegungsförderung ist vor allem im Kindesalter ein wichtiges Instrument um auf Individualebene und Ebene der Public Health an Gesundheit zu gewinnen und kann zudem einen Beitrag zur Reduktion der Verkehrsbelastung sowie Entlastung der Umwelt leisten. Darüber hinaus kommt der körperlichen Aktivität im Rahmen der Entwicklung kognitiver, emotionaler, sozialer und kommunikativer Fähigkeiten eine bedeutende Rolle zu (Kaufmann, 2010, S. 42.) Laut Warner et al. (2011, S. 4) führt regelmäßiges zu Fuß gehen im Alltag und in der Freizeit zu einem um 20-25% geringeren Risiko, an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu erkranken. Ziel dieser Studie ist es, den Einfluss des Schulwegs als Ort der Begegnung von Kindern auf das Ausmaß des Bewegungs- und Sozialverhaltens von Kindern zu zeigen und den Effekt der Fußgängermobilität auf die CO2 Emission darzustellen. Dies verdeutlicht einen, bislang wenig berücksichtigten, Zusammenhang zwischen Ökologie und Gesundheitsförderung.

### Methode

Methodisch wurde der Zugang einer quantitativen Vollerhebung unter den sieben Volksschulen, die im Rahmen des Modellprojektes „GEMEINSAM GESUND im Bezirk Oberwart“ an dem Projekt Schoolwalker teilgenommen haben, gewählt. Die Daten der Studie wurden anhand eines standardisierten Fragebogens in zwei Wellen erhoben. In Form einer teilstrukturierten Leitfadensbefragung wurden die LehrerInnen hinsichtlich der Auswirkungen der Schoolwalker Aktion auf die Sozialkompetenz sowie die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit während des Unterrichtes befragt.

### Ergebnisse

Neben der Förderung der Steigerung des Anteils der zu Fuß gehenden Schulkinder um 48,56 %, hatte diese Art von Bewegung einen positiven Einfluss auf die Konzentrationsfähigkeit und psychosoziale Gesundheit von Kindern. Dies führte auch dazu, dass aus Sicht der LehrerInnen und Lehrer der Unterricht stressfreier und wirksamer durchgeführt werden konnte. Zudem konnte durch die gesetzten Maßnahmen innerhalb des Projektes Schoolwalker der CO2 Ausstoß um 3,8 kg pro Schüler und Jahr reduziert werden.

### Schlussfolgerung

Ansätze der Bewegungsförderung wie das Projekt Schoolwalker können den CO2 Ausstoß nachweislich reduzieren und so zur Stärkung des Umwelt- und Klimaschutzes beitragen. Demzufolge kann dem Health in all Policies Ansatz im Rahmen von Gesundheitsförderungsprojekten in der intersektoralen Zusammenarbeit eine zunehmende Bedeutung beigemessen werden. So sollte die Gesundheitsförderung in Zukunft verstärkt den ökologischen Aspekt betrachten, indem nachhaltiges Umweltmanagement als Instrument der Gesundheitsförderung angesehen wird.



## Bewegungsmonitoring und HEPA-Initiativen auf EU-Ebene

**C. E. Halbwachs;**

*Bundes-Sport GmbH, Wien, Austria.*

Nationale Entwicklungen haben ihren Ursprung oft auch auf internationaler Ebene. Auf dem Sektor der Bewegung haben grundlegende Positionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wie das Dokument „Gesundheitsförderung durch Bewegung – ein Handlungsrahmen für die Europäische Region der WHO“ (2006) oder die von der Europäischen Kommission herausgegebenen „Leitlinien für körperliche Aktivität – Schritte zu einem körperlich aktiveren Europa“ (2008) die Entwicklung von Österreichischen Bewegungsempfehlungen oder des Nationalen Aktionsplans Bewegung begünstigt.

Die EU hat Bewegung und Sport darüber hinaus im letzten Jahrzehnt verstärkt auf die Tagesordnung gesetzt. Im Rahmen der Generaldirektion Gesundheit war einerseits eine „High Level Group on Nutrition and Physical Activity“ tätig, andererseits wurde die „EU Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health“ eingerichtet. Im Rahmen der Generaldirektion Bildung, Jugend, Sport und Kultur wurde eine EU-Expertenarbeitsgruppe HEPA ins Leben gerufen.

In seiner Empfehlung vom 26.11.2013 hat der Rat der EU die sektorübergreifende Unterstützung gesundheitsfördernder körperlicher Aktivität thematisiert. Im Anhang dieses Dokuments werden 23 Indikatoren zur Bewertung des Grads an gesundheitsfördernder körperlicher Aktivität und der diesbezüglichen Politik in der EU vorgeschlagen, wobei besonders auf die EU-Leitlinien für körperliche Aktivität Bezug genommen wird. Das Monitoring dieser Indikatoren soll im Abstand von 3 Jahren erfolgen. Dazu wurde im Oktober 2014 gemeinsam von EU und dem WHO Regionalbüro Europa ein Netzwerk von Nationalen HEPA-Focal Points eingerichtet. Diese Focal Points sind nationale Anlaufstelle und für die Datensammlung und -bereitstellung zuständig.

Die 23 Indikatoren wurden erstmals 2015 europaweit erhoben und bildeten auch die Basis der Country Fact Sheets des WHO Regionalbüros Europa. Auch Österreich hat dazu im Wege des Nationalen Focal Points, der im Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport angesiedelt ist, Daten bereitgestellt. Auf Basis der Erfahrungen der Focal Points bei der Datenerhebung wurden die Vorgaben für das Monitoring der 23 Indikatoren für die Erhebung 2018 leicht angepasst.

Die internationalen Entwicklungen werden beispielhaft dargestellt und der österreichischen Situation gegenübergestellt. Aufgezeigt werden dabei sowohl Fortschritte als auch weitere Entwicklungsmöglichkeiten im Bereich HEPA.

**Parallel Session IIIa**  
**Gesundheitsversorgung**





## Die Relevanz der neurophysiologischen Schmerzedukation bei chronischen unspezifischen Rückenschmerzpatientinnen bzw. -patienten und dessen Einfluss auf die Schmerzbewältigungsstrategie aus Sicht der Patientinnen bzw. Patienten.

M. Flatscher<sup>1</sup>, N. Jakob<sup>2</sup>;

<sup>1</sup>Franziskus Spital Margareten, Wien, Austria, <sup>2</sup>Physiozentrum für Weiterbildung GmbH, Wien, Austria.

### Hintergrund

Die Lage für chronische SchmerzpatientInnen in Österreich ist prekär. So leiden 1,8 Millionen Menschen an chronischen Schmerzen, einem multidimensionalen Problem, welches nur flächendeckend, unter Mithilfe verschiedener Gesundheitsberufsgruppen, gelöst werden kann (Jaksch et al., 2017). In dieser Masterarbeit wird der chronische Schmerz aus dem physiotherapeutischen Blickwinkel betrachtet. Es wird der Frage nachgegangen, ob Patientinnen bzw. Patienten, die an chronischen unspezifischen Rückenschmerzen leiden, durch Schmerzedukation eine bessere Schmerzbewältigungsstrategie (Coping-Strategie) entwickeln bzw. aneignen, die zu einer längerfristigen Schmerzlinderung führen kann.

### Methoden

Aufbauend auf dem theoretischen Fundament wird im empirischen Teil qualitativ geforscht. Sechs chronische Schmerzpatientinnen bzw. -patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen erhalten zu Beginn ihres stationären Aufenthalts im Wiener Franziskusspital Margareten im Rahmen der ersten physiotherapeutischen Behandlungseinheit Informationen zur Schmerzphysiologie. Die Patientinnen bzw. Patienten bekommen in diesem stationären Setting fünf bis acht physiotherapeutische (aktive und passive) Behandlungseinheiten zu je 25 Minuten. In der letzten Behandlungseinheit findet ein narratives Interview nach Mayring (Mayring, 2000) statt. Diese Befragung gliedert sich in drei Zeitsparten: Vergangenheit - Gegenwart - Zukunft. Die Patientin bzw. der Patient beschreiben die Veränderung, welche sie durch die Information und Aufklärung wahrnehmen. Sie geben darüber Auskunft, ob und inwieweit sich ihre bzw. seine Schmerzbewältigungsstrategie aufgrund der Schmerzedukation verändert hat und wie sich diese Veränderung auf die Schmerzwahrnehmung auswirkt. Die Interviews werden mittels Kategoriensystem ausgewertet und interpretiert.

### Ergebnisse

Die narrativen Interviews in der letzten Therapieeinheit haben ergeben, dass die SchmerzpatientInnen eine positive Veränderung in ihrer Schmerzbewältigungsstrategie wahrnehmen. Die Information und Aufklärung über Schmerzphysiologie hat demnach dazu beigetragen, den Patientinnen bzw. Patienten eine adaptierte Sichtweise auf ihre Schmerzerfahrungen zu geben. Die Schmerzedukation setzt sie zusätzlich darüber in Kenntnis, dass sie für ihr Schmerzmanagement (Mit-)Verantwortung tragen.

### Schlussfolgerungen

Die Schmerzedukation in Kombination mit aktiver und passiver Therapie ist ein zukunftssträchtiger Ansatz für chronische Schmerzpatientinnen bzw. Schmerzpatienten. Durch die Vermittlung von Wissen über die Funktion und Wirkung von Schmerzerfahrungen, lässt sich die Schmerzbewältigungsstrategie von chronischen Schmerzpatientinnen bzw. -patienten beeinflussen. Für die Zukunft wäre es wünschenswert, mit Hilfe dieser Methodik die Schmerzwahrnehmung für chronische Schmerzpatientinnen bzw. -patienten von Beginn an lindernd gestalten zu können.

## Standardisierte Erhebung von Hepatitis C und psychiatrischen Erkrankungen in zwei Hochrisikogruppen in Haft

M. Silbernagl, R. Slamanig, M. Stegemann, M. Sterzer, L. Mayer, G. Fischer;

Medical University of Vienna, Center for Public Health, Vienna, Austria.

### Hintergrund

Personen in Haft haben ein erhöhtes Risiko für Infektionserkrankungen wie Hepatitis C (HCV) und psychiatrische Erkrankungen. Substanzabhängige Insassen und Jugendliche/junge Erwachsene Inhaftierte stellen diesbezüglich zwei Hochrisikogruppen dar, zu denen jedoch nur limitiert wissenschaftliche Daten verfügbar sind.

### Methoden

Standardisierte Erhebung in sechs österreichischen Justizanstalten im Zeitraum von 2016-2017. Einsatz von strukturierten Interviews und Fragebögen zur Abklärung von psychiatrischen Erkrankungen, Substanzanamnese, Delikten, Soziodemografie und medikamentöser Therapie in zwei inhaftierten Gruppen: Personen in Opioiderhaltungstherapie (OMT), sowie jugendliche/junge Erwachsene. Überprüfung von HCV mittels Blutserologie (Antikörper, RNA, Genotypen), sowie der aktuellen Medikation durch Zugriff auf die medizinische Datenbank der Justizanstalten. Die Studie erhielt ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Universität Wien (EK Nr. 2032/2015).

### Ergebnisse

Es wurden 133 Insassen in OMT (78% männlich; mittleres Alter 35.7 Jahre), sowie 71 Jugendliche/junge Erwachsene Insassen (100% männlich; mittleres Alter 19.8 Jahre) in die Studie eingeschlossen. HCV-Antikörper wurden bei 74.4% der Insassen in OMT nachgewiesen; 45.0% erhielten einen positiven PCR Befund. Im Vergleich dazu war nur ein Teilnehmer in der Gruppe der Jugendlichen/jungen Erwachsenen HCV positiv. Eine HCV Therapie zum Untersuchungszeitpunkt war bei keinem Teilnehmer implementiert. Die OMT - Insassen zeigten in 80% ein positives Ergebnis für psychiatrische Erkrankungen (respektive 73% der Jugendlichen/jungen Erwachsenen). Ein hoher Prozentsatz erhielt Psychopharmaka, insbesondere Benzodiazepine (85.0% der Insassen in OMT; 19.7% der Jugendlichen/jungen Erwachsenen).

### Schlussfolgerungen

Trotz der vorbildlichen Umsetzung der Opioiderhaltungstherapie in österreichischen Justizanstalten, ist die Behandlung von HCV trotz hoher Prävalenzzahlen verbesserungswürdig. Eine Therapie während der Zeit der Inhaftierung birgt nicht nur Vorteile für das Individuum, sondern minimiert das Risiko einer Infizierung Anderer während bzw. nach der Haft. Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist eine frühzeitige Implementierung der HCV Therapie kostensparend. Die hohe Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen in beiden Gruppen verlangt nach einem weiteren Ausbau der Diagnostik, sowie einer adäquaten Behandlung psychischer Erkrankungen in Haft. Diese Empfehlungen folgen den „UN-Mindestgrundsätzen für die Behandlung von Gefangenen“, wonach die Inhaftierung keinen Grund für eine schlechtere medizinische Versorgung, als in der Allgemeinbevölkerung verfügbar, darstellen darf.



## Strategieentwicklung für 13 Anbieter von mobilen Pflege und Betreuungsdienstleistungen durch Coopetition

G. Offermanns<sup>1,2</sup>, A. Schweiger<sup>1,2</sup>, S. Draganovic<sup>1,2</sup>;

<sup>1</sup>Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Klagenfurt, Austria, <sup>2</sup>Karl Landsteiner Institut für Krankenhausorganisation, Wien, Austria.

### Hintergrund

Das Gesundheitswesen hat sich neuen Herausforderungen zu stellen, die alle Akteure zunehmend unter Veränderungsdruck setzen. Vor allem in Kärnten sind diese Herausforderungen für die ARGE, einer Kooperationsgemeinschaft von 13 eigenständigen Dienstleistern im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung, deutlich zu spüren, wobei u. a. mit veränderten Rahmenbedingungen in demographischer, wirtschaftlicher und rechtlicher Hinsicht umzugehen ist. Zentrale Probleme sind die überproportionale Kostensteigerung, die Auswirkungen des demographischen Wandels oder die Aufrechterhaltung der Qualität. Darüber hinaus birgt die Neuerung der Vergaberichtlinie der EU (Richtlinie 2014/24/EU) das Risiko, dass Bundesländer auch auf private, anstatt den lokalen Anbietern von mobilen Pflege- und Betreuungsdienstleistungen zurückgreifen könnten. In der Vergangenheit befand sich die ARGE eher in einer passiven Position gegenüber dem Land als Finanzierer und konnte lediglich auf Entscheidungen reagieren, da Kooperationsmöglichkeiten oder eine gemeinsame Zielentwicklung weitgehend unberücksichtigt blieben.

### Beschreibung des Projekts

Vor dem Hintergrund des gewählten Entwicklungsansatzes „Kooperation im Wettbewerb“ war das Ziel, auf einer neu zu schaffenden normativen Grundlage der Zusammenarbeit über die Formulierung einer neuen Vision und Mission, geeignete strategische Handlungsfelder zu erarbeiten, in denen sich die ARGE als moderne Dienstleistungsorganisation in einer Netzwerkstruktur gegenüber dem Land neu positionieren kann. Dadurch wird der unverzichtbare Nutzen der ARGE für u. a. die KlientInnen, Angehörige, dem Land und den Krankenanstalten, klar nach außen kommuniziert und bietet entsprechende Entwicklungsmöglichkeiten.

### Evaluierungsergebnisse

Um eine erfolgreiche Umsetzung der strategischen Handlungsfelder zu gewährleisten, war zunächst eine Priorisierung und Pilotierung innerhalb der ausgewählten Projekte geplant, um bereits zu Beginn auf mögliche Umsetzungsprobleme aufmerksam zu werden. Als Managementinstrument wurde ein Monitoringsystem gewählt, das so lange durchlaufen wird, bis die erfolgte Umsetzung eintritt und auch messbar gegenüber den unterschiedlichen Anspruchspersonen dargestellt werden kann. Jedes strategische Handlungsfeld wurde sowohl in Interviews mit den 13 Anbietern aus deren Perspektive als auch in den Gruppensitzungen diskutiert und mit qualitativen und quantitativen Indikatoren hinterlegt.

### Empfehlungen

Die erarbeiteten strategischen Handlungsfelder umfassen unterschiedliche Bereiche wie den Kooperationsaufbau mit Krankenanstalten oder die Erstellung eines gemeinsamen Fortbildungskatalogs innerhalb der ARGE. Zur Realisierung einzelner Projekte sind sowohl interne Kooperationen erforderlich als auch ein aktives Auftreten nach außen, vor allem um für externe Kooperationspartner (z. B. Krankenanstalten, Pflegeheime oder Tageskliniken) unverzichtbar zu werden.

## Nutzung und Nutzen Klinischer Behandlungspfade in der DACH-Region. Eine Pilotstudie

M. Ponweiser<sup>1</sup>, E. Noehammer<sup>1</sup>, T. Romeyke<sup>1,2</sup>;

<sup>1</sup>UMIT, Hall in Tirol, Austria, <sup>2</sup>Waldhausklinik Deuringen, Stadtbergen bei Augsburg, Germany.

### Hintergrund

Die leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung zielt auf einen bedarfsgerechteren und effizienteren Ressourceneinsatz ab und soll langfristig Kostensteigerungsraten eindämmen, die Qualität verbessern und Verweildauern reduzieren (BMGF 2005). Klinische Behandlungspfade werden hierfür als geeignetes Instrument diskutiert (Romeyke 2011 et al.). Im Vergleich zu den USA ist der Durchdringungsgrad in den Gesundheitssektoren der DACH-Region jedoch deutlich geringer (Palm/Paula, 2008, S.25). Dies ist u.a. in unterschiedlichen Rechtssystemen und Gestaltungskriterien des Gesundheitswesens begründet.

### Ziel

Die Studie beschäftigt sich mit Gründen für die geringe Implementierungsrate von Klinischen Behandlungspfaden in Krankenhäusern des deutschsprachigen Raums. Geprüft werden sollten zwei Hypothesen: (1): Je besser die Kosten/Nutzen Effekte von Klinischen Behandlungspfaden eingeschätzt werden, desto längerfristiger werden diese eingesetzt. (2): Je höher der Nutzen für AnwenderInnen bewertet wird, desto längerfristiger werden Klinische Behandlungspfade eingesetzt.

### Methode

10 % der Krankenhäuser der DACH-Region wurden kontaktiert. Das Vorgehen war zweistufig: in der ersten Stufe wurde 356 Häuser, in der zweiten 69 kontaktiert. Davon beantworteten 19 den quantitativen Fragebogen. Dieser umfasste demographische Aspekte zur beantwortenden Person, Kriterien für die Anwendung von Klinischen Pfaden, Kosten-Nutzen-Effekte sowie empfundene Nutzenpotenziale.

### Ergebnisse

Viele Kliniken setzen bereits seit längerer Zeit Klinische Behandlungspfade ein (5>Jahre 1/3), wobei der Anteil dt. Kliniken überwiegt. Pfadeintrittskriterien für Klinische Behandlungspfade wurden häufig in Bezug auf Diagnosen und Ausprägung der Erkrankung entwickelt, seltener in Bezug auf Komorbiditäten und Alter. Möglichkeiten für Einsparungen werden als mittel eingeschätzt, allerdings wird bei geringen monetären Einsparungen von hoher immaterieller Wertstiftung berichtet. Obwohl der Nutzen für die AnwenderInnen als hoch bewertet wird, war kein signifikanter Zusammenhang zwischen Kosten-Nutzen-Effekten und dem Einsatz von Klinischen Behandlungspfaden feststellbar. Hypothese 1 konnte damit nicht bestätigt werden, bei Hypothese 2 ergibt sich eine schwache Signifikanz bei einem Zusammenhang von  $r=0.56$ .

### Diskussion

Trotz der Einschränkung durch die geringe Stichprobe und methodischer Grenzen wie eines möglichen single-method-bias kann grundsätzlich festgehalten werden, dass im Rahmen dieser Studie von keinem Zusammenhang zwischen monetärem Nutzen und Dauer des Einsatzes von Klinischen Behandlungspfaden gesprochen werden kann. Der längerfristige Einsatz von Klinischen Behandlungspfaden scheint vielmehr mit dem Nutzen für die Belegschaft im Zusammenhang zu stehen.



## Ressourcenallokation von medizinischen Großgeräten - Die Leistungsanspruchnahme der radiologischen Verfahren Computertomographie und Magnetresonanztomographie

M. Scheweder;

FH Gesundheitsberufe OÖ GmbH, Linz, Austria.

### Hintergrund

Zunehmend sich verändernde Gesundheitssysteme, der demographische Wandel sowie erhöhte Ansprüche bei der medizinischen Versorgung lassen Allokationsentscheidungen eine Schlüsselrolle in der Versorgungsforschung zukommen. Im europäischen Vergleich weist Österreich überdurchschnittlich hohe Verfügbarkeiten bei den bildgebenden Verfahren Computertomographie und Magnetresonanztomographie auf. Innerhalb der österreichischen Bevölkerung wird jedoch die Verfügbarkeit für die Leistungsanspruchnahme als zu gering und Wartezeiten auf Untersuchungstermine als zu lang wahrgenommen. Im Sinne der Theorie einer angebots-induzierten Versorgungslage wurde ermittelt, inwiefern eine geographische Abhängigkeit und heterogene Verteilungsmuster bei der Inanspruchnahme von Computertomographie- und Magnetresonanztomographie-Leistungen vorliegen.

### Methode

Basierend auf den MEL-Daten für CT- und MRT-Untersuchungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen wurden für das Jahr 2015 geographische Verteilungsmuster der Inanspruchnahme auf Wohnbevölkerungsebene für Oberösterreich ( $n = 497.967$  medizinische Einzelleistungen) sowie Versorgungsindizes für verschiedene Inanspruchnahme-Settings (stationär, spitalsambulant, extramural) erstellt. Zusätzlich wurden mittels multipler linearer Regressionsanalyse Determinanten der Leistungsanspruchnahme analysiert.

### Ergebnis

Die Versorgungsindizes zeigen heterogene Verteilungsmuster bei der Leistungsanspruchnahme in Oberösterreich gemäß der regionalen CT- und MRT-Installationsbasis. Bezirke wie Linz(Stadt) besitzen überdurchschnittliche stationäre (+27% / +37%) und extramurale (+105% / 41%) Leistungsanspruchnahmen gegenüber dem oberösterreichischen Durchschnitt. Regionen wie der Bezirk Schärding zeigen geringere Inanspruchnahmen bei stationären (-13% / -15%) und extramuralen Leistungen (-96% / -18%). Durch bezirksübergreifende Kooperationen innerhalb der Krankenhausträger sind jedoch statistische Unschärfen innerhalb der Indizes gegeben. Im Rahmen der Regressionsanalyse zeigte sich bei intramuralen und extramuralen Leistungsanspruchnahmen die Gerätedichte als eine statistisch signifikante unabhängige Einflussvariable [CTintramural:  $p = 0,019$ ][MRTintramural:  $p = 0,036$ ], [CTextramural:  $p = 0,013$ ][MRTextramural:  $p = 0,037$ ]. Dummy-Variablen City zeigte sich in Modellierungen, welche intramurale Inanspruchnahmen testeten als signifikanter Prädiktor [CTintramural:  $p < 0,01$ ][MRTintramural:  $p = 0,029$ ].

### Schlussfolgerung

Oberösterreich zeigt heterogene Verteilungsmuster bei regionalen CT- und MRT-Inanspruchnahmen je Inanspruchnahme-Setting. Geringer wird dieses Verteilungsverhältnis auf Versorgungsregion-Ebene. Die empirischen Ergebnisse sind insofern interpretierbar, dass das Angebot der regional vorhandenen medizinischen Infrastruktur das Inanspruchnahme-Verhalten beeinflusst. Dahingehend erhöht sich bei gegebener Ressourcendichte die Frequenz des Leistungskonsums innerhalb der Wohnbevölkerung. Versuche Versorgungsdefizite durch Neu-Installationen auszugleichen könnten somit möglicherweise die Inanspruchnahme zusätzlich erhöhen. Zusätzlich müssen in diesem Kontext die Auswirkungen von Themen wie Defensivmedizin, Kosteneffizienz bei der Wahl des Inanspruchnahme-Settings und Zugang zu Gesundheitsleistungen kritisch betrachtet werden.

### Schlüsselwörter

Ressourcenallokation, Inanspruchnahme, angebots-induzierte Versorgung, CT, MRT

## Bedarf an Betriebswirtinnen und Betriebswirten im Gesundheitswesen

M. Masè<sup>1</sup>, S. Angerer<sup>1</sup>, N. Lorenzoni<sup>1</sup>, E. Nöhammer<sup>1</sup>, H. Stummer<sup>1,2</sup>;

<sup>1</sup>UMIT, Institut für Management und Ökonomie im Gesundheitswesen, Hall in Tirol, Austria, <sup>2</sup>PU Schloss Seeburg, Seekirchen/Wallersee, Austria.

### Hintergrund

Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäuser, Pflegeheime oder Reha-Zentren stehen aufgrund demographischer Entwicklungen sowie der organisationaler und finanzieller Themen vor neuen Herausforderungen. Um diese angehen zu können ist qualifiziertes Personal vonnöten. Nicht nur im medizinischen und sonstigen gesundheitswissenschaftlichen Bereich, sondern auch im kaufmännischen Bereich und der Betriebsführung.

### Ziel und Methode

Ziel der Arbeit ist es zu eruieren, wie groß der Bedarf an BetriebswirtInnen mit einer Spezialisierung auf das Gesundheitswesen ist und wie sich dieser Bedarf in naher Zukunft entwickeln wird. Dafür wurde ein Leitfaden entwickelt, anhand dessen 45 GesundheitsexpertInnen aus Krankenhäusern, Pflegeheimen, Reha-Zentren, Medizin- und Gesundheitsunternehmen sowie öffentlichen Einrichtungen wie Krankenkasse oder Apothekerkammer in Tirol, Vorarlberg und Südtirol befragt wurden. Die Befragungen fanden persönlich oder telefonisch statt. Um die erhobenen Daten im Anschluss an die Erhebung vergleichbar zu machen, wurde ein Codebuch erstellt.

### Ergebnisse

Von 45 befragten Expertinnen und Experten geben 29 an, dass die momentanen Chancen für BetriebswirtInnen im Gesundheitsbereich zu arbeiten „gut“ bis „sehr gut“ seien. Was den Bedarf in den kommenden fünf Jahren betrifft, erklären zwei Drittel der Befragten, dass dieser zunehmen werde. Niemand geht davon aus, dass der Bedarf abnehmen wird. Gefiltert nach Einrichtungsart ergibt sich ein interessantes Bild. 60 Prozent der kaufmännischen DirektorInnen von Krankenanstalten sehen „gute“ bis „sehr gute“ Möglichkeiten jetzt und in Zukunft. Deutlich kritischer sind die Pflegeheimleitungen: Zwar gehen 56 Prozent von „guten“ bis „sehr guten“ Arbeitschancen derzeit aus, aber 44 Prozent sehen wenig Wachstumschancen und eher Ersatzbedarf.

### Diskussion

Im Pflegeheimbereich dominieren in den untersuchten Bundesländern kommunale und kleinere kirchliche Einrichtungen, was die langsamere Entwicklung der Managementfunktion erklären könnte, in allen anderen Bereichen des Gesundheitswesens nimmt der Bedarf an BetriebswirtInnen aber zu. Daher sind nicht nur „Health Professionals“, sondern auch qualifizierte Arbeitskräfte im Management gefragt. Zur Erhöhung der externen Validität der vorliegenden Ergebnisse für den deutschsprachigen Raum, sollten (und werden) weitere Studien außerhalb der hier untersuchten Regionen Tirol, Südtirol und Vorarlberg durchgeführt werden.



## "Wir leben und pflegen gesund"

G. Schlemmer<sup>1</sup>, R. Langbauer<sup>2</sup>;

<sup>1</sup>Institut für Gesundheitsförderung und Prävention, Graz, Austria, <sup>2</sup>Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung, Wien, Austria.

### Good Practice an steirischen Gesundheits- und Krankenpflegeschulen

#### Projekthintergrund

Das Gesundheits- und Pflegesystem ist auf Grund demografischer Entwicklungen wachsenden Herausforderungen ausgesetzt und es ist eine gesamtgesellschaftlich bedeutsame Aufgabe, hohe Qualität und Kompetenz in der Pflege zu entwickeln. SchülerInnen der Gesundheits- und Krankenpflege sind laut Untersuchungen sehr hohen psychischen und physischen Belastungen ausgesetzt. Jene, die später in ihrem Beruf mit kranken und vulnerablen Menschen arbeiten, als Vorbild wirken und gesundheitsförderliche Impulse setzen könnten, brauchen selbst viele Kraftressourcen und gute Rahmenbedingungen in ihrer Ausbildung. Deshalb startete die GKPS Frohnleiten 2017 gemeinsam mit Styria vitalis das vom Land Steiermark geförderte Gesundheitsförderungsprojekt „Wir leben und pflegen gesund“.

#### Projekttablauf und Ergebnisse

„Wo leben und pflegen wir schon gesund? Wo merken wir Verbesserungsbedarf?“ Solche und ähnliche Fragen ziehen sich durch die dreimonatige Analysephase mit Führungskräften, Fokusgruppen sowie Workshops mit Schülerinnen und dem pädagogische, administrativem Team. Die lokale Bedarfs- und Bedürfnisanalyse „Welche Themenfelder sehen wir als vorrangig? Welche Ideen entstehen, wie wollen und können wir uns an der Umsetzung beteiligen?“ „Wen, was, und wie lange brauchen wir dafür?“ wurde vervollständigt durch eine anonyme Online-Befragung (Lime-Survey). Basierend auf hoher Motivation und Beteiligung wurden unter Prozessbegleitung von Styria vitalis Präferenzen gesetzt, Ziele und Zeiträume festgelegt. Binnen eines Jahres wurden in der GKPS Frohnleiten rund 100 gesundheitsfördernde Aktivitäten und verhältnisverändernde Maßnahmen gesetzt und dokumentiert:

Räume (innen und außen) wurden verlagert oder neu gestaltet; an einem Mehr an Ruhe und Mehr an Bewegung wurde gleichzeitig gearbeitet; die Möglichkeiten für Gesunde Ernährung wurde erweitert; die psychische Betreuung ausgebaut; Lernformen und Prüfungsabläufe wurden überprüft; Partizipation und Empowerment sowie das soziale Miteinander wurden gestärkt; Finanzierungen und Sponsoring wurde aufgetrieben. Außerdem wurde eine Resonanzgruppe mit maßgeblichen Stakeholdern einberufen sowie Kriterien für eine Zertifizierung als „Gesundheitsfördernde GKPS“ festgelegt - diese sollen die Erfolge nachhaltig absichern. Aus Motivation, Kreativität und mit intensiver Beteiligung entstand an der GKPS Frohnleiten ein faszinierendes, umfassendes Good Practice Modell der Gesundheitsförderung.

#### Entwicklung

„Wir leben und pflegen gesund“ ist seit Jänner 2018 Schwerpunkt und Ziel der GKPS Stolzalpe. Eine Ausrollung und nachfolgende Zertifizierung für weitere steirische Gesundheits- und Krankenpflegeschulen ist geplant.

## Parallel Session IIIb

### Gesundheitskompetenz





## Einsatz von digitalen Methoden zur Steigerung der Gesundheitskompetenz von MitarbeiterInnen

C. Braun<sup>1</sup>, K. Hauer<sup>1</sup>, E. Gollner<sup>2</sup>;

<sup>1</sup>Forschung Burgenland GmbH, 7000 Eisenstadt, Austria, <sup>2</sup>Fachhochschule Burgenland GmbH, 7000 Eisenstadt, Austria.

In der BGF kommt dem Aufbau von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die MitarbeiterInnen unterstützen Informationen zur Förderung und Erhaltung ihrer Gesundheit zu beschaffen, zu verstehen und zu nutzen, eine besondere Bedeutung zu. MitarbeiterInnen sollen demnach befähigt werden, in ihrer jeweiligen Funktion gesundheitsdienlich zu denken und zu agieren. Gemäß Nutbeam (2000) wird dies als Gesundheitskompetenz bezeichnet, die den/die Einzelne/n befähigt, alltägliche Entscheidungen - auch im Arbeitsleben - zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Vor diesem Hintergrund sollen Maßnahmen der BGF die Gesundheitskompetenz von Beschäftigten verbessern und sie dabei unterstützen, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprojektes im Setting Betrieb mit sechs teilnehmenden Betrieben und insgesamt rund 1.100 MitarbeiterInnen ist es ein Ziel, digitale Methoden zur Steigerung der Gesundheitskompetenz von MitarbeiterInnen einzusetzen, um deren Gesundheitsverhalten nachhaltig zu verändern. Die methodische Vorgehensweise orientiert sich am dreistufigen Verhaltensmodell eines/r gesundheitskompetenten Mitarbeiters/in. Dieses enthält die konsequente, selbstkritische Auseinandersetzung mit einer Thematik (Stufe 1), den adäquaten Umgang mit eigenen Ressourcen und gesundheitlichen Belastungen (Stufe 2) sowie ein gezieltes Engagement zur gesundheitsdienlichen Verbesserung des eigenen Arbeitsumfeldes (Stufe 3). (Loebe & Severing, 2010) Da der Erwerb von Gesundheitskompetenz unter anderem stark mit Bildung und Lernen verknüpft ist, kommt dem Prozess des lebenslangen Lernens sowie des informellen Lernens besondere Bedeutung zu. Dazu kommen die digitalen Methoden Online-Kurse für Projektteammitglieder der einzelnen Betriebe zur Ausbildung als MultiplikatorInnen für organisationale Gesundheitskompetenz und Online-Wissensquiz zum Einsatz. Das Online-Wissensquiz „Quizmax“ steigert auf spielerische Art Gesundheitswissen und initiiert Lernprozesse. Die Fragen des Wissensquiz in den Themenbereichen „Ernährung“, „Gesundheit im Betrieb“ und „Regeneration & Pausengestaltung“ und die Schulungsinhalte wurden evidenzbasiert aufbereitet und hinsichtlich ihrer niederschweligen Ausgestaltung überprüft. So können durch den Einsatz digitaler Methoden MitarbeiterInnen ortsungebunden ihr Gesundheitswissen steigern und ihre Gesundheitskompetenz stärken. Die Anwendung des Online-Wissensquiz „Quizmax“ zur Steigerung der Gesundheitskompetenz wird derzeit im Forschungsprojekt erprobt und zu Projektende evaluiert. Es kann davon ausgegangen werden, dass Lernprozesse wesentlich für die Steigerung der Gesundheitskompetenz im betrieblichen Kontext sind (Loebe & Severing, 2010). Daher soll überprüft werden, inwiefern digitale Methoden dazu beitragen können, Lernprozesse spielerisch zu initiieren sowie Fähigkeiten zu erwerben, die den bewussten und kritischen Umgang mit Gesundheitsinformationen verbessern.

## Injury Database Austria - eine notwendige Ergänzung der österreichischen Gesundheitsberichterstattung?

R. Bauer, M. Steiner;

KFV (Kuratorium für Verkehrssicherheit), A-1100 Wien, Austria.

Hintergrund Mit fast zehn Prozent aller Fälle sind Verletzungen eine der größten Krankheitsgruppen in der österreichischen Spitalsentlassungsstatistik. Verletzungen und Unfälle nehmen aber in der österreichischen Gesundheitsberichterstattung eine nachteilige Sonderstellung ein. Dieses ist darin begründet, dass die österreichische Version der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD) für Unfälle zwar die exakte medizinische Diagnose nach dem WHO Standard erfasst (ICD Kapitel XIX), nicht aber die sogenannte externe Ursache (ICD Kapitel XX). ICD Kapitel XX beschreibt den Unfallmechanismus und wäre für die Verletzungsprävention die geeignetere Information als die Verletzungsdiagnose. Beschreibung dieses Manko ist einer der Gründe, warum in Österreich bereits 1997 eine eigene, im Krankenhaus angesiedelte Erhebung von Unfällen auf Projektbasis eingeführt wurde - die Unfallursachenerhebung Injury Database Austria (IDB Austria). Die Präsentation soll einen Einblick in Methode der IDB Austria geben sowie einen Überblick über deren Ergebnisse und Einsatzgebiete:

- Stichprobe von 15.000 UnfallpatientInnen (Face-to-Face) aus 12 ausgewählten Krankenhäusern
- Detaillierte Erfassung des Unfallhergangs für Forschung und Prävention
- Statistischer Überblick über das gesamte Verletzungsgeschehen in Österreich, differenziert nach Präventionszuständigkeit - Haushalt, Freizeit und Sport, Verkehr, Arbeit, Gewalt
- Einzige Quelle in Österreich über Unfälle in Haushalt, Freizeit und Sport (die 75% aller Unfälle ausmachen)
- Quelle für den Indikator 29b, Incidence of Home and Leisure Accidents, für die Europäische Gesundheitsberichterstattung ECHI (European Core Health Indicators)

Diskussion Zur Diskussion gestellt werden insbesondere Fragen zur stärkere Einbeziehung der Ergebnisse der IDB Austria in die österreichische Gesundheitsberichterstattung und zur Verwendung im Rahmen der Gesundheitszeile, z.B. jene für „Gesunde und sichere Bewegung im Alltag“, „Gesundheitskompetenz erwerben“ und „Gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche“.



## Substanzkonsum unter migrantischen Populationen: was wir wissen und was wir nicht wissen.

**J. Strizek;**

Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Austria.

### Hintergrund

Quantitative Daten des Drogen-Monitorings auf Basis von Register-, Behandlungs- oder Befragungsdaten bieten nur wenig Auskunft über Konsummuster von migrantischen Populationen. Innerhalb von migrantischen Populationen gelten unbegleitete minderjährige Geflüchtete (UMF) aufgrund von spezifischen individuellen Belastungsfaktoren sowie Rahmenbedingungen als besonders vulnerable.

### Methode

Ein Abriss aus Auswertungen des Routine-Drogenmonitorings verdeutlicht die Notwendigkeit, ergänzende Befunde zu unterrepräsentierten Subgruppen mittels qualitativer Methoden zu ergänzen. Beispielhaft wurden Interviews mit UMF mittels Vignetten-Ansatz sowie Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Vertretern/Vertreterinnen aus Flüchtlingsbetreuung und Suchthilfe/-prävention durchgeführt, um Informationen zu Risikofaktoren, Konsummustern, Einstellungen zu Substanzen und Suchtproblemen sowie Möglichkeiten der Intervention zu sammeln.

### Ergebnisse

Die Konsummuster der interviewten UMF stellen sich sehr heterogen dar und reichen von kompletter Abstinenz hin zu exzessiven und risikobehafteten Konsummustern. Speziell bei Alkohol wird aufgrund einer mangelnden Konsumkompetenz begründet, dass moderater und integrierter Konsum nur selten stattfindet. In Bezug auf Konsummotive überwiegen kompensatorische Aspekte und entsprechend spielt Betäubung als Konsummotiv eine größere Rolle als der Wunsch nach Berausung. Als protektive Faktoren werden Freizeitangebote und das Verfolgen von Zielen genannt, wohingegen Perspektivenlosigkeit und Langeweile häufig als konsumsteigernd beschrieben werden. Das Fehlen von Familie beeinflusst das Konsumverhalten auf mehrfache Weise: Trauer erhöht den Bedarf an Betäubung, gleichzeitig bedeutet das Fehlen der traditionell als streng beschriebenen Eltern einen Verlust von sozialer Kontrolle und ergeben sich zuletzt auch Diskrepanzen zwischen der familiären Rollenerwartungen aus dem Herkunftsland und realen Möglichkeiten vor Ort. Entsprechend kommt Peergruppen eine große Bedeutung zu, deren Einfluss man sich aber auch nur schwer entziehen kann. Wissen zu rechtlichen und gesundheitlichen Folgen sowie zu möglichen Unterstützungsangeboten ist nur rudimentär vorhanden, generell überwiegen in Bezug auf Substanzkonsum schwarz/weiß Vorstellungen.

### Schlussfolgerungen

Substanzkonsum ist nicht das dringlichste Problem von UMF. Dennoch lässt sich ein spezifischer Versorgungsbedarf erkennen, der im Bereich von Suchthilfe, -beratung und Prävention berücksichtigt werden sollte, verdeutlicht gleichzeitig aber auch die soziale Dimension von Suchterkrankungen und den Einfluss von Rahmenbedingungen, die teilweise außerhalb des Gesundheitsbereich verortet sind.

## Public Health Stakeholder und ihre Sichtweisen auf Evidenz in der Entscheidungsfindung

**U. Griebler<sup>1,2</sup>, C. Kien<sup>1,2</sup>, M. Mütsch<sup>3</sup>, L. Grillich<sup>1</sup>, G. Gartlehner<sup>1,2</sup>, E. Rehfuss<sup>4</sup>;**

<sup>1</sup>Donau-Universität Krems/Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie, Krems, Austria, <sup>2</sup>Cochrane Österreich, Krems, Austria, <sup>3</sup>Universität Zürich/Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Zürich, Switzerland, <sup>4</sup>Ludwig-Maximilians-Universität München/Institut für Medizinische Informationsverarbeitung Biometrie und Epidemiologie, München, Germany.

### Hintergrund

Der Einbezug von wissenschaftlicher Evidenz bei politischen und programmatischen Entscheidungen im Public Health Bereich wird als wichtig angesehen, seitdem der Begriff "Evidence-based Public Health" vor mehr als 20 Jahren geprägt wurde. Wissenschaftliche Evidenz stellt neben soziokulturellen und organisationalen Faktoren wie Druck der Öffentlichkeit, finanzieller Nachhaltigkeit oder konkurrierender Problemlagen nur ein Kriterium im Entscheidungsprozess dar. Für den Begriff „Evidenz“ gibt es keine generell akzeptierte Definition. Die Auffassung darüber was Evidenz bedeutet und beinhaltet, variiert zwischen Public Health Stakeholdergruppen wie politischen EntscheidungsträgerInnen auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene, PraktikerInnen und DienstleisterInnen, ForscherInnen und der Bevölkerung. Erst wenige Studien, überwiegend aus englischsprachigen Ländern, untersuchten die Auffassung von Public Health Stakeholdern zum Begriff Evidenz und zum Umgang mit Evidenz in der Entscheidungsfindung. Das Ziel dieser Studie ist die Entwicklung eines umfassendes Konzepts von „Evidenz“ unter Berücksichtigung von verschiedenen Arten von Evidenz und empirisch erhobenen Informationen dazu, wie sie von unterschiedlichen Stakeholdern im Public Health Bereich verstanden und verwendet werden.

### Methoden

Die Konzeptualisierung von „Evidenz“ erfolgt in mehreren Schritten. Zunächst wird eine systematische Literatursuche durchgeführt, die einerseits theoretische Arbeiten, die den Begriff Evidenz definieren bzw. konzeptualisieren und andererseits empirische Arbeiten, die Sichtweisen von Public Health Stakeholdern untersuchen, identifiziert. Die Daten werden in einer qualitativen Evidenzsynthese zur Erstellung einer ersten Version der Konzeptualisierung verschiedener Arten von Evidenz zusammengeführt. Im nächsten Schritt werden qualitative Interviews mit diversen Public Health Stakeholdern aus Österreich, der Schweiz und Deutschland durchgeführt. Wir planen ein gezieltes Sampling, um größtmögliche Variation in den Sichtweisen der Befragten zu erhalten. Die Daten werden mittels thematischer Analyse und einer Kombination aus induktiver und deduktiver Vorgehensweise analysiert. Diese Ergebnisse fließen in die zweite Version der Konzeptualisierung des Begriffs Evidenz ein.

### Ergebnisse

Die Konzeptualisierung von Evidenz bildet ab, welche verschiedenen Arten von Evidenz und Informationen von unterschiedlichen Stakeholdern bei Entscheidungen im Public Health Bereich zugrunde gelegt und angewandt werden.

### Schlussfolgerungen

Die Bereitstellung einer Konzeptualisierung bzw. Begriffsbestimmung von „Evidenz“ aus verschiedenen Blickwinkeln, sowie deren Kommunikation bilden die Basis für eine Zusammenarbeit verschiedener Stakeholdergruppen bei Entscheidungen im Public Health Bereich im deutschsprachigen Raum.



## Validierung des Bewertungs- und Beurteilungsprozesses zur Qualitätssicherung der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Österreich

G. Lang<sup>1</sup>, C. Heigl<sup>2</sup>, P. Jiménez<sup>3</sup>;

<sup>1</sup>Fonds Gesundes Österreich, Wien, Austria, <sup>2</sup>Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Linz, Austria, <sup>3</sup>Institut für Psychologie an der Universität Graz, Graz, Austria.

### Hintergrund

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) wird immer häufiger als Unternehmensstrategie eingesetzt. BGF ist dann wirkungsvoll, wenn sie qualitativ und nachhaltig umgesetzt wird. Auf Basis normativer Prinzipien (Luxemburger Deklaration) wurde in Österreich 2004 ein Qualitätsmanagementsystem eingeführt. Die umfangreiche Beschreibung und ganzheitliche Beurteilung von BGF-Projekten erfolgt seit 2013 anhand eines standardisierten Prozesses mittels 15 Qualitätskriterien. Die Grundlage bildet ein vom Betrieb gestellter Antrag und die Gesamtbeurteilung entscheidet darüber, ob dem Betrieb ein BGF-Gütesiegel zuerkannt werden kann. Zur Validierung dieses Qualitätssicherungssystems prüft der Beitrag hypothesengeleitet die Messgüte des Bewertungs- und Beurteilungsprozesses.

### Methoden

Für 2014 bis 2017 liegen von insgesamt 1331 österreichischen Betrieben Einzelbeurteilungen der 15 Qualitätskriterien durch vierstufige Ratingskalen vor. Neben der Beschreibung der Untersuchungseinheiten (Einreichjahr, Klein-/Großbetrieb, Erst-/Wiederverleihung) und Verteilung der Ratings (0=nicht, 3=voll erfüllt) erfolgt nach theoretischen und methodologischen Überlegungen die Überprüfung der Messqualität zur BGF-Gesamtqualität faktorenanalytisch mittels Strukturgleichungsmodellen.

### Ergebnisse

Die konfirmatorische Einfaktorenanalyse zeigt eine befriedigende Konstruktvalidität der Einzelindikatoren (Faktorenladungen  $\lambda \geq 0,40$  |  $p < 0,001$ ) und eine hohe Reliabilität der Gesamtskala (Cronbach's  $\alpha = 0,87$ ), jedoch ohne zufriedenstellender Datenanpassung. Eine exploratorische Analyse verweist auf eine komplexere bifaktorielle Faktorenstruktur. Die Bifaktorenanalyse mit einem allgemeinen Generalfaktor und drei spezifischen Residualfaktoren erzielen eine gute Modellanpassung. Die Faktorenladungen auf den Generalfaktor (GF) in akzeptabler Höhe erklären nicht nur den überwiegenden Anteil der gemeinsamen Indikatorkovarianzen, sondern zeichnet sich auch durch eine hohe Reliabilität der Gesamtskala aus ( $\alpha_{GF} = 0,90$  |  $\omega_{HGF} = 0,82$ ). Die drei spezifischen Residualfaktoren können hingegen nicht als separate Dimensionen bestätigt werden.

### Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse des Bifaktorenmodells rechtfertigen die Bildung einer Gesamtskala zur Beurteilung der BGF-Qualität. Die Verteilung der ungewichteten Gesamtskala weist einen Mittelwert von 35,0 (95% CI=34,7-35,2) mit geringfügiger Schiefe ohne Boden- und Deckeneffekten auf. Der Mittelwert variiert geringfügig nach Einreichjahr, differenziert statistisch signifikant zwischen Klein- und Großbetrieben sowie Erst- und Wiederverleihungen. Die psychometrischen Analysen verweisen auf mehrere Besonderheiten der Messgüte, lassen einige Rückschlüsse auf den Qualitätssicherungsprozess zu und regen die Reflexion zum Bewertungs- und Beurteilungsprozess an.

## Community Organizing als innovative Methode zur Gesundheitsförderung im kommunalen Setting

A. Matko<sup>1</sup>, A. Reiter<sup>2</sup>;

<sup>1</sup>Styria vitalis, Graz, Austria, <sup>2</sup>prospect Unternehmensberatung GmbH, Wien, Austria.

„FuN - Familienunterstützende Nachbarschaft in Kapfenberg“ – ein Praxisbeispiel aus der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“

### Hintergrund

Das Projekt FuN war Teil der FGÖ-Schwerpunktreihe „Auf gesunde Nachbarschaft“ und wurde gemeinsam von Styria vitalis und der ISGS Drehscheibe Kapfenberg von 2015 bis 2017 umgesetzt. Eingesetzt wurde die Methode Community Organizing: Bei dieser Form der BürgerInnenbeteiligung spielen die Selbstbestimmung und -gestaltung sowie eine demokratische Entscheidungsfindung eine zentrale Rolle. Die Menschen setzen sich gemeinsam für lebenswerte Bedingungen in ihrer Gemeinde ein.

### Beschreibung des Projektes

Es wurden Aktivierende Gespräche mit den Zielgruppen Schwangere, Eltern von Kleinkindern und mit ExpertInnen durchgeführt, bei der sich Schwerpunktthemen herauskristallisierten. Bei einer öffentlichen Versammlung wurde abgestimmt, welche dieser Themen umgesetzt werden sollten. Umgesetzt wurden Maßnahmen zu den Themen „familienfreundliche Umgebung“ und „Treffpunkte für Familien“. Gemeinsam mit der Zielgruppe konnten in sogenannten Kerngruppen eine digitale Landkarte mit kleinkindfreundlichen Spielplätzen und das Konzept für das „FamilienWohnZimmer“ (FaWoZi) entstehen. Das FaWoZi, das von der Stadtgemeinde finanziert wird, bietet seit Februar 2017 Kindern Raum für freies Spiel und den Eltern die Möglichkeit zum Austausch. Darüber hinaus fungiert dieser Treffpunkt als Informationsdrehscheibe und bietet Elternbildungsangebote an.

### Evaluationsergebnisse

Im Rahmen von FuN gelang es, die unterschiedlichen Ebenen der Stadtgemeinde Kapfenberg - die Zivilgesellschaft, Einrichtungen, Vereine und Politik zu aktivieren und in einen Community Organizing-Prozess zu integrieren, um die definierten Zielsetzungen zu erreichen. Die Gesamtzufriedenheit mit FuN war bei den telefonisch und online Befragten sehr hoch. Ebenso positiv fiel die Resonanz der befragten FaWoZi-BesucherInnen aus: 100% der Befragten bewerteten das Projekt als sehr gut bzw. gut. Die Befragten aus dem Projektteam und der Kerngruppe nehmen auch Effekte in der Stadtpolitik wahr. Demnach ist es gelungen, eine gute Basis für zukünftiges und vertieftes Engagement zu schaffen.

### Empfehlungen

Die ausführliche Erhebung der Bedürfnisse der Familien mit Kleinkindern in Kapfenberg stellte die Basis für die weitere Arbeit mit den BürgerInnen dar und machte die Bedürfnisse der Zielgruppe für die Gemeinde transparent. Die Arbeit mit aktiven BürgerInnen benötigt Beziehungsarbeit, Vertrauen und persönliches Engagement, was einen hohen Zeitaufwand erfordert. Für die Gestaltung eines Community Organizing Prozesses braucht es professionelle UmsetzerInnen und ausreichende Zeitressourcen.



## selpers.com - Online-Kurse für mündige PatientInnen

### I. Herscovici;

selpers og, Wien, Austria.

selpers ist eine österreichische Online-Plattform, die chronisch Kranke und ihre Angehörigen durch interaktive Kurse dabei unterstützt ihre Erkrankung zu verstehen, zu lernen ihren Alltag besser zu gestalten und so ihre Gesundheitskompetenz sowie ihre Lebensqualität zu steigern. Viele Studien zeigen positive Auswirkungen von Gesundheitskompetenz. So empfinden chronisch Kranke „mit höherer Gesundheitskompetenz eine geringere Schmerzintensität, was auf besseres Schmerzmanagement zurückzuführen ist.“ Häufig sind es Maßnahmen, die Betroffene und Angehörige selbst durchführen können, die deren Lebensqualität verbessern und Depressionen, Belastung durch Stress sowie Schmerzempfinden verringern können. Körperliche Aktivität gilt etwa nachweislich als ein „effektives Mittel für BrustkrebspatientInnen, um Fatigue zu reduzieren und dadurch die Lebensqualität zu steigern.“

In Zusammenarbeit mit FachärztInnen und mit Unterstützung von Selbsthilfegruppen entwickelt www.selpers.com seit 2016 Online-Kurse, um chronisch kranke Menschen und deren Angehörige durch medizinisch geprüfte Informationen über ihre Erkrankung aufzuklären. Die kostenlosen Kurse zeigen Betroffenen, wie Sie selbst einen wichtigen Beitrag zu ihrer Therapie und zur Verbesserung ihrer Lebensqualität leisten können. Durch Videointerviews mit ExpertInnen und Betroffenen, Animationen, Podcasts und Download-Materialien wird Wissen interaktiv und leicht verständlich übermittelt. Die Kurse sind in die drei Kategorien - Krankheiten verstehen, bessere Lebensqualität und persönliche Weiterentwicklung - eingeteilt. Während in ersterer grundlegendes Wissen über die Erkrankung und Vorsorgeuntersuchungen vermittelt wird, erfahren Betroffene in weiterführenden Kursen hilfreiches für ihren Alltag, etwa zur Ernährung beim Pankreaskarzinom. Bei der persönlichen Weiterentwicklung steht schließlich der individuelle Umgang mit der Krankheit, Stress bzw. Angst im Fokus.

Durch eine steigende Zahl an neuen Kooperationen mit Ärzten, Therapeuten und Universitäten wird das Kursangebot laufend erweitert. Mittlerweile werden verschiedene Krebsarten, COPD, Hämophilie und Lungenhochdruck abgedeckt.

Die Wachstumsrate der Zugriffe auf www.selpers.com beträgt über 300%. Im Jahr 2018 wird mit über 5 Millionen besuchten Online-Lektionen und insgesamt 100 Online-Kursen für selpers.com gerechnet. selpers wurde 2017 mit dem Occursus, dem Preis der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie, und dem Förderpreis des Global Myeloma Action Network (GMAN) ausgezeichnet. Dabei wurde vor allem der Beitrag zur Aufklärung und Information der Patienten und ihrer Familien sowie die leicht verständliche Sprache und der innovative Charakter der Online-Kurse, der Betroffenen und Angehörigen die Möglichkeit bietet jederzeit auf von Experten geprüfte Informationen zuzugreifen, hervorgehoben.

## Parallel Session IIIc Rauchen





## Auswirkung eines Gastronomie-Rauchverbots auf die RaucherInnenprävalenz

F. S. Linke, T. E. Dorner;

Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien, Wien, Austria.

### Hintergrund

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt sechs Maßnahmen, um den Tabakkonsum zu reduzieren, darunter den Schutz der Bevölkerung vor Tabakrauch inklusive generellem Rauchverbot in der Gastronomie. Diese Maßnahme setzten in den letzten Jahren zahlreiche Länder um, während Österreich darüber noch heftig politisch diskutiert. Primärziel des Rauchverbotes in der Gastronomie ist der Schutz der nichtrauchenden Bevölkerung vor schädlichen Folgen des Passivrauchens. Diese Maßnahme könnte weiters, durch Bewusstseinssteigerung, sozialen Druck und in Kombination mit anderen Maßnahmen, auch RaucherInnen dazu veranlassen, mit dem Rauchen aufzuhören. Absicht dieser Analyse war, den Zusammenhang der Einführung einer rauchfreien Gastronomie mit der RaucherInnenprävalenz zu erheben.

### Methoden

Mithilfe der OECD.Stats-Datenbank wurde die Prävalenz von täglichen RaucherInnen vor und nach der Einführung eines Rauchverbots in Gaststätten analysiert. In die Analyse wurden alle OECD-Länder eingeschlossen, welche gemäß WHO-Publikation ein striktes gesetzliches Rauchverbot in Gaststätten implementiert haben. Das Jahr des Inkrafttretens eines Gastronomie-Rauchverbots wurde als Zeitpunkt T0 definiert. Ausgeschlossen wurden jene Länder, deren Datenlage einen Beobachtungszeitraum von weniger als 3 Jahre vor und nach T0 boten. Folgende Länder wurden analysiert: Australien, Griechenland, Irland, Island, Kanada, Neuseeland, Norwegen, Spanien, Türkei, Vereinigtes Königreich. Der Messzeitraum umfasste 20 Jahre: 11 Jahre vor T0 und 9 Jahre danach. Fehlende Messwerte wurden linear inter- bzw. extrapoliert. Mittelwerte der beiden Gruppen vor und nach T0 wurden mittels t-Test analysiert, und die jeweiligen Steigungskoeffizienten der Prävalenz berechnet.

### Ergebnisse

In den meisten Ländern sank die RaucherInnenprävalenz kontinuierlich. Die mittlere RaucherInnenprävalenz betrug vor T0 bei Frauen 23,8% (SA: 5,34%) und danach 17,5% (SA: 4,78%) ( $p < 0,001$ ); bei Männern 31,4% (SA: 9,86%) bzw. 23,6% (SA: 8,18%) ( $p < 0,001$ ). Der mittlere Steigungskoeffizient in der weiblichen Population betrug vor T0 -0,56 und danach -0,60; in der männlichen -0,69 bzw. -0,76. Im Gegensatz zu Ländern mit Gastronomie-Rauchverbot stieg in Österreich im vergleichbaren Zeitraum die RaucherInnenprävalenz bei Frauen von 18,8% (1997) auf 22,1% (2014) und sank bei Männern von 30,0% auf 26,5%.

### Schlussfolgerungen

Nach Einführung eines umfassenden Gastronomie-Rauchverbots sank in den entsprechenden Ländern die durchschnittliche RaucherInnenprävalenz deutlicher als vor der Einführung. Ein möglicher Einfluss anderer Faktoren (gesundheitpolitische, wirtschaftliche oder soziale Ereignisse) kann dabei nicht ausgeschlossen werden. Ebenso muss die Möglichkeit der reverse causation in Betracht gezogen werden.

## Die Tabakproduktedirektive - Auswirkungen auf das Rauchfrei Telefon

S. Meingassner, A. Beroggio;

NÖGKK, 3100, Austria.

### Hintergrund

2014 wurde die Richtlinie 2014/40/EU des europäischen Parlaments über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen - die Tabak-Produkte-Direktive II - geschaffen. Auf nationaler Ebene musste die Umsetzung bis 20. Mai 2016 erfolgen. Neben anderen Maßnahmen fällt darunter die Neugestaltung der Packungen von Rauch(tabak)erzeugnissen mit kombinierten gesundheitsbezogenen Warnhinweisen. Diese enthalten eine Kombination von drei Elementen: Bild, Warnhinweis und Hilfsangebot zur Tabakentwöhnung.

- Jede (Außenver-)Packung von Rauchtabakerzeugnissen hat den allgemeinen Warnhinweis „Rauchen ist tödlich - hören Sie jetzt auf.“ und die Informationsbotschaft „Tabakrauch enthält über 70 Stoffe, die erwiesenermaßen krebserregend sind.“ zu tragen.
- Kombinierte gesundheitsbezogene Warnhinweise für Rauchtabakerzeugnisse bestehen aus einem textlichen Warnhinweis, einem dazu passenden Bild und haben folgende Information über Hilfsprogramme zur Raucherentwöhnung zu enthalten:  
„Rauchfrei Telefon 0800 810 013  
www.rauchfrei.at“

Ziele der TPD II sind einerseits die Gesundheitsaufklärung über Gefahren des Tabakkonsums, andererseits die Vermittlung von Hilfsangeboten zum Rauchstopp. Raucher/innen, die aufhören möchten, werden so direkt über ein Hilfsangebot informiert. Irreführende Informationen auf den Packungen, wie Mengenangaben zu Inhaltsstoffen, wurden verboten. Durch die gesetzliche Intervention sollen dissonante Raucher/innen zum Ausstieg motiviert werden, der Einstieg ins Rauchen reduziert werden und das Rauchen soll durch die abschreckenden Packungen allgemein weniger attraktiv gemacht werden.

### Beschreibung des Projekts

„Quitlines“ (telefonische Beratung zum Rauchstopp) sind international bewährte Instrumente in der Tabakentwöhnung, -prävention und -kontrolle. Sie bieten niederschwellig, ortsunabhängig, kostenfrei und professionell Hilfe beim Rauchstopp. Das Rauchfrei Telefon ([www.rauchfrei.at](http://www.rauchfrei.at)) bietet seit 2006 telefonische Beratung und Information zum Rauchstopp und zur Rückfallprophylaxe an. Ein Team von Gesundheitspsychologinnen berät reaktiv und proaktiv bei der Verhaltensumstellung und vermittelt österreichweit zu Hilfsangeboten.

### Evaluierungsergebnisse

Seit Einführung der neuen Verpackungen haben sich die Anrufrufen beim Rauchfrei Telefon deutlich erhöht. Die eingehenden Anrufe haben sich vervierfacht, die Gesprächszahlen verdoppelt. 2017 wurden mit 3 858 Personen insgesamt 7 616 Gespräche geführt. 60 % der Anrufer/innen geben an, die Nummer von der Packung zu kennen.

### Empfehlungen

Tabakabhängigkeit ist eine Suchterkrankung, deren Suchtaspekt im Vergleich zu anderen Süchten unterschätzt wird. Professionelle Hilfe anzunehmen, erhöht die Wahrscheinlichkeit rauchfrei zu werden. Vorhandene Hilfsangebote sollen von allen Gesundheitsberufen empfohlen werden. Die Informationsvermittlung über die Zigarettenpackungen bewirkt, dass mehr Personen Unterstützung beim Rauchstopp nutzen.

## Setback of tobacco legislation in Austria

**M. Neuberger;**

Center of Public Health, Vienna, Austria.

Although Austria no longer has a domestic tobacco industry, historic connections between the tobacco monopoly administration and the ministries of finance and economy continued. There are 5784 tobacco shops, 2417 other stores, 933 hospitality venues and some food markets that are allowed to sell tobacco. Tobacconists, which also sell newspapers and a variety of goods for children, advertise in and around their shops (exempt from smoking bans), and distribute free cigarettes whenever a new product is put on the market. Theoretically tobacconists are obliged to control the age of young people buying tobacco, but enforcement is poor. The 9 Austrian states decided in March 2017 to raise the minimum age for buying tobacco from 16 to 18 years, but its implementation was postponed until 2019. Independent mystery shopping is missing and cigarettes are available around the clock. The 6500 vending machines throughout the country are plastered with tobacco advertising, an effective loophole to circumvent advertising bans, and electronic age control failed. Of 26 OECD states Austria has highest smoking prevalence of children aged 15, with 18% daily smokers. Austria's already weak and inadequately enforced smoke-free law is now slated to be annulled: Prime Minister Kurz fulfilled the wishes of his smoking coalition partner Strache to cancel the smoking ban before it enters into force on May 1st in all hospitality venues. This will allow innkeepers to provide smoking venues up to 50 m<sup>2</sup> and smoking rooms in larger enterprises, without any youth protection. The only improvement of the tobacco law was a ban of smoking in private cars carrying children, but no police control is foreseen. The decision in favor of the tobacco industry sparked a petition against, attracting nearly 100 000 signatures within 24 hours. At present the Austrian Medical Association runs a petition for a referendum, with >528.000 supporters and still growing.

## Differential associations of health literacy with Austrian adolescents' tobacco and alcohol use

**M. Kollmayer<sup>1</sup>, L. Brandt<sup>1</sup>, M. Schultes<sup>1</sup>, T. Yanagida<sup>1</sup>, G. Maier<sup>2</sup>, C. Spiel<sup>1</sup>;**

<sup>1</sup>University of Vienna, Vienna, Austria, <sup>2</sup>Institute for Health Promotion and Disease Prevention, Vienna, Austria.

### Background

Tobacco and alcohol use have their origin in adolescence, and risky use of these substances is amongst the leading preventable causes of morbidity and mortality. Health literacy (HL) encompasses the skills that are decisive to make appropriate health decisions in this context.

### Methods

Given the paucity of evidence on the link between HL and adolescents' health behaviours, the present study examined overall HL as well as different components of HL ("finding", "understanding" and "applying" health-related information) and their associations with smoking and alcohol use among Austrian 13- to 17-year olds (N = 4,219; 56% female), using data from the WHO collaborative HBSC survey.

### Results

While overall HL was related to all indicators of adolescents' smoking and drinking, the three HL components had differential effects on these behaviours. The easier it was for participants to "understand" and "apply" health-related information the less frequently they had smoked and drunk alcohol, and the smaller was the amount of alcohol they had consumed. Contrarily, the easier it was for the participants to "find" information, the more they had smoked and drunk alcohol.

### Conclusion

Our results indicate that availability of health-related information is insufficient on its own to prevent or reduce risky substance use. This is of particular importance for the development and improvement of primary prevention programs targeting adolescent populations.

## Rauchverhalten von Medizinstudenten in Österreich - eine Querschnittsstudie an 4 österreichischen Medizin-Universitäten mithilfe des Global Health Professions Student Survey (GHPSS)

A. Lackner;

Tiroler Gebietskrankenkasse, Innsbruck, Austria.

### Hintergrund

Angehörige von Gesundheitsberufen im Allgemeinen, und Ärzte im Besonderen, spielen eine wichtige Rolle bei der Eindämmung des gesellschaftlichen Tabakkonsums. Speziell in der Primärversorgung haben sie die Möglichkeit, durch systematische Anwendung von Kurzinterventionen (5A-Methode) im Rahmen der ärztlichen Gesundheitsberatung große Teile der Bevölkerung regelmäßig zu ihrem Tabakkonsum zu befragen und u.U. einer Rauchentwöhnung zuzuführen, wobei eigener Tabakkonsum dabei eine wesentliche Barriere darstellt. Diese Arbeit ermittelte neben der Prävalenz des Tabakkonsums unter MedizinstudentInnen in Österreich auch deren Passivrauch-Belastung, Einstellung zu Maßnahmen der Tabakkontrolle, sowie Kenntnisstand in Methoden der Raucherentwöhnung.

### Methoden

An vier österreichischen Medizin-Universitäten wurde unter StudentInnen im 3. Studienjahr mithilfe des GHPSS eine Befragung im Rahmen des Unterrichts durchgeführt, wobei insgesamt Daten von 156 Personen erhoben wurden.

### Ergebnisse

Die Raucherprävalenz betrug 22.4%, und war unter Studentinnen (24.4%) höher als unter Studenten (20.3%). 5 Personen (3.2%) waren tägliche RaucherInnen. 37% der StudentInnen gaben an, zuhause Passivrauch ausgesetzt zu sein, außerhalb der eigenen Wohnung 80%. Rauchende StudentInnen befürworteten strengere Maßnahmen der Tabakkontrolle (zB Rauchverbote) in geringerem Ausmaß, und sahen sich weniger in einer Vorbildrolle als ihre nichtrauchenden KollegInnen. 46% der RaucherInnen gaben an, "derzeit mit dem Rauchen aufhören zu wollen", unter den GelegenheitsraucherInnen war dieser Anteil mit 80% noch deutlich höher. 26% der StudentInnen gaben an, formalen Unterricht in Rauchentwöhnungstechniken erhalten zu haben.

### Schlussfolgerungen

Während die Prävalenz des Rauchens unter MedizinstudentInnen in Österreich weiterhin im Sinken begriffen ist, und der Vergleich mit ähnlichen Untersuchungen in anderen europäischen Ländern grundsätzlich zuversichtlich stimmt, wurde in dieser Untersuchung erstmals in Österreich eine höhere Raucherquote unter weiblichen Medizinstudenten festgestellt. Tägliches Rauchen scheint unter MedizinstudentInnen mittlerweile selten geworden zu sein, aber es persistieren unterschiedlichste Formen des gelegentlichen Tabakkonsums. Aufgrund von Gelegenheitsstichproben, beschränkter Stichprobengröße, sowie möglicher Verzerrung ist die Reliabilität der Daten kritisch zu hinterfragen; die Ergebnisse erscheinen allerdings plausibel und lassen sich weitgehend mit vergleichbaren Untersuchungen im In- & Ausland in Einklang bringen. Die hohe Passivrauchbelastung der StudentInnen spiegelt jedenfalls die unbefriedigende Umsetzung von Rauchverboten in Österreich wider und unterstreicht die Notwendigkeit strengerer Maßnahmen der Tabakkontrolle. Die unklare Streuung von Wissen in Bezug auf Tabak & Tabakentwöhnung rechtfertigt weiterführende qualitative Forschung hinsichtlich der Lehrpläne sämtlicher Gesundheitsberufe in Österreich.

## Ergebnisse einer österreichweiten Befragung zu den gesundheitsbezogenen Warnhinweisen auf Zigarettenpackungen

E. Stolz, H. Mayerl, W. Freidl;

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Universität Graz

### Abstract:

Die Verwendung gesundheitsbezogener Warnhinweise auf Rauchtabakerzeugnissen hat sich als eine effektive Maßnahme zur Verminderung der negativen Folgen des Tabakkonsums herausgestellt. Das Ziel der vorliegenden Studie war es, die Reaktionen von RaucherInnen und Ex-RaucherInnen zu den in Österreich kürzlich eingeführten textlichen und bildlichen Warnhinweisen auf Zigarettenpackungen zu explorieren.

Die Daten (N=500) wurden auf Basis einer österreichweiten Umfrage nach Einführung der neuen kombinierten Warnhinweise erhoben und mit Hilfe deskriptiver Statistiken sowie Regressionsanalysen ausgewertet.

Die Ergebnisse zeigten einen eher geringen Einfluss der Warnhinweise auf den Entschluss für einen Rauchstopp oder den Rauchkonsum zumindest einzuschränken. Vor allem die Verleugnung der Gesundheitsrisiken des Rauchens scheint für diesen eher geringen Effekt verantwortlich zu sein.

Obwohl die neu eingeführten Warnhinweise das Potential für eine Veränderung des Rauchverhaltens haben, hat sich gezeigt, dass nur eine kleine Gruppe der RaucherInnen durch diese Maßnahme erreicht werden konnte. Die Erkenntnisse dieser Studie könnten wichtige Hinweise für die Gesundheitspolitik liefern, damit die Effektivität der Warnhinweise verbessert werden kann.



## Anreize zum Nichtrauchen - eine Evidenzübersicht zur Wirksamkeit auf Basis von 20 systematischen Reviews

R. Winkler, I. Reinsperger;

Ludwig Boltzmann Institut für HTA, Wien, Austria.

### Hintergrund

Rauchen zählt zu den verhaltensbedingten und grundsätzlich vermeidbaren Gesundheitsrisiken. Anreize („Incentives“) repräsentieren potentielle Interventionen zur Steuerung von individuellem Gesundheitsverhalten, deren Einsatz im Kontext von Policies zur Tabakprävention bzw. -entwöhnung diskutiert wird.

### Methode

2015 wurde eine systematische Literatursuche in 8 Datenbanken durchgeführt. Im Februar 2018 erfolgte eine Datenbank-Update-Suche und eine Handsuche. Für die Evidenzsynthese hinsichtlich der Wirksamkeit von Anreizen bei der Tabakprävention bzw. -entwöhnung wurde ein „Overview of systematic reviews (OoR)“ gewählt. Die methodische Qualität der systematischen Reviews wurde anhand des „Quality Assessment Tools nach Oxman & Guyatt“ bewertet.

### Ergebnisse

Insgesamt konnten 20 systematische Reviews (SRs) (Publikationszeitraum 2006-2017) identifiziert werden, die die Einschlusskriterien erfüllten. In 17 SRs waren die Zielpopulationen erwachsene RaucherInnen. 3 Übersichtsarbeiten beschäftigten sich explizit mit einer Tabakprävention bei Kindern/Jugendlichen. Alle 20 SRs berichteten zu materiellen Anreizen (Geldleistungen, Gutscheine etc.). In 15 von 17 SRs wurden neben Anreizen weitere Interventionen angeboten (z.B. Beratungen, „Skills Training“). Hinsichtlich der Anreiz-Wirksamkeit zeigte sich, dass Schwangere und Frauen post partum (5 von 20 Übersichtsarbeiten) bei der Tabakentwöhnung profitieren können. Im Vergleich von 9 Einzelstrategien konnten etwa in einem Review (Lakis 2014) in der Interventionsgruppe (mit Anreizen) dreimal mehr Personen einen NichtraucherInnenstatus erreichen als in den Vergleichsgruppen (OR 3.23; 95% CI: 1.98-4.59). Darüber hinaus ergaben sich signifikant positive Effekte in 10 weiteren von 20 SRs zu erwachsenen RaucherInnen. Grundsätzlich ließen sich mittelfristige Effekte von Anreizen feststellen (zumeist > 6 Monate), wobei diese Effekte mit dem Absetzen der Anreize abflachten.

### Schlussfolgerungen

Im rezenten Update zur Wirksamkeit von Anreizen bei der Tabakentwöhnung zeigten sich (wiederholt) durchaus (mittelfristig) positive Effekte, wobei wiederum die Gruppe der Erwachsenen und hier insbesondere Schwangere und Frauen post partum von Anreizen profitieren konnten. Ein präventiver Anreizeffekt für Kinder und Jugendliche zeigt sich auf Basis der OoR-Ergebnisse (nach wie vor) nicht. Anreize stellen damit eine mögliche Intervention zur Tabakentwöhnung dar, wobei die Forderung nach einer umfassenden „No-smoking“-Politikstrategie aufrecht bleibt (wie z.B. umfassende Rauchverbote, Erhöhung der Tabaksteuern etc.).

**Parallel Session III d**  
Schule und Ausbildung





## Miteinander statt Nebeneinander: bessere Versorgung von Kindern durch Austausch in Netzwerken

**D. Klicpera;**  
NÖGUS, St. Pölten, Austria

Für Kinder und Jugendliche mit psychosozialen und sozialpädiatrischen Problemen gibt es in Niederösterreich über 2300 Versorgungsangebote und rund 100 verschiedene Angebotsformen. Die Angebote reichen von Gesundheitsförderung und Prävention über spezielle Unterstützung in Schule und Kindergarten bis hin zur Versorgung durch Niedergelassene und Institutionen im akutstationären Bereich. Angesichts vielschichtiger Probleme ist ein Angebot alleine jedoch selten ausreichend. So sind in der Versorgung von 56 % der Kinder mehrere Dienstleister beteiligt. Wie gut sie zusammenarbeiten ist damit entscheidend dafür, wie gut die Kinder versorgt werden: sind die Leistungen aufeinander abgestimmt oder bestehen unterschiedliche Meinungen über die Behandlung und gehen diese in gegensätzliche Richtungen?

Netzwerke können wesentlich dazu beitragen, dass sich eine gute Zusammenarbeit verschiedener Professionen und Institutionen entwickelt. Sie bieten Zeit und Raum für fachlichen Austausch außerhalb des intensiven Arbeitsalltags. In gemeinsamen Treffen kann Vertrauen aufgebaut, Wissen über die Fähigkeiten und Ressourcen der KollegInnen gewonnen und eine gemeinsame Sprache entwickelt werden. Dies wird seit über 10 Jahren im Kindernetzwerk Industrieviertel geleistet. Hierbei handelt es sich um eine Basisinitiative von professionell Helfenden in der Region Industrieviertel, südlich von Wien. Seit 2010 wird diese ursprünglich ehrenamtliche Initiative durch den Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) gefördert.

Aufbauend auf dem Modell im Industrieviertel wird aktuell daran gearbeitet, dass ähnliche Netzwerke in ganz Niederösterreich entstehen. Dabei soll auf bereits bestehenden Vernetzungsinitiativen aufgebaut werden. Der nächste Schritt auf diesem Weg wurde Anfang 2018 mit der Ausweitung auf das Kindernetzwerk Mostviertel gesetzt. Der NÖGUS fördert bei beiden Initiativen die Organisation der Netzwerke auf Basis von klaren Rahmenbedingungen und einer Evaluierung der Tätigkeit.

Doch der Netzwerkaufbau stößt auch auf Schwierigkeiten. Netzwerkinitiativen, die über Jahre gewachsen sind und von engagierten Personen aufgebaut wurden in die Förderlogik einer Verwaltungseinheit überzuführen, ist für beide Seiten ein Lernprozess. Netzwerke zeichnen sich unter anderem durch starken Personenbezug, Freiwilligkeit, Offenheit, Flexibilität und Gleichberechtigung aus. Verwaltung hingegen ist geprägt durch die Trennung von Person und Funktion, Unpersönlichkeit, Regelgebundenheit, Geschlossenheit, Stabilität, Kontinuität und Hierarchie.

## Gesundes Aufwachsen. Sicher leben. Unsere Vision: Eine sichere Welt für unsere Kinder.

**M. Steiner, R. Bauer;**  
KFV (Kuratorium für Verkehrssicherheit), Wien, Austria.

Unfallverletzungen zählen zu den größten Gesundheitsrisiken im Kindesalter. Alle zwei bis drei Wochen stirbt in Österreich ein Kind unter 15 Jahren an den Folgen eines Unfalls, mehr als 120.000 verletzen sich jedes Jahr so schwer, dass sie eine Krankenhausbehandlung in Anspruch nehmen müssen. Diese Unfallverletzungen, die Schmerzen und Leid für die verunfallten Kinder und ihre Familien verursachen, könnten aber zum größten Teil durch Kenntnis der Unfallursachen, ein entsprechendes Gefahrenbewusstsein und technische Sicherheitsmaßnahmen vermieden werden. Die Prävention von Kinderunfällen ist daher ein wichtiger Beitrag zur Förderung der Kindergesundheit.

Unfälle sind keine Zufälle – sie haben Ursachen. Um zielgerichtete Maßnahmen zur Unfallverhütung treffen zu können bedarf es valider Aussagen und Daten zum Unfallgeschehen. Gezielte Unfallanalysen zeigen die speziellen Risikobereiche für Kinder auf.

In den vergangenen zwei Jahrzehnten ist laut Todesursachenstatistik (ST.AT.) die Anzahl an tödlichen Kinderunfällen um rund 80 Prozent zurückgegangen. Dennoch sterben in Österreich jedes Jahr immer noch 15 bis 25 Kinder unter 15 Jahren an den Folgen eines Unfalls; Haupttodesursachen sind Verkehrsunfälle, Ertrinken, Stürze, Ersticken sowie Unfälle im landwirtschaftlichen Umfeld.

Rund 80 Prozent der mehr als 120.000 Kinderunfälle passieren zu Hause oder bei Freizeitaktivitäten. Fast 30.000 Kleinkinder unter 5 Jahren verunfallen jedes Jahr in einem Bereich, wo Eltern einen direkten Einfluss haben: im eigenen Haushalt (KFV, IDB Austria).

Um die konkreten Unfallrisiken wirksam zu senken, hat das KFV im Jahr 2014 die Initiative „Vision Zero 2020“ ins Leben gerufen – mit dem ehrgeizigen Ziel „Kein getötetes oder schwerverletztes Kind mehr in Österreich“. Gemäß dem Motto „Volle Aufmerksamkeit - Null Unfälle!“ sollen gezielte Informationen und spannende Aktionen das Bewusstsein für den Schutz der Kinder steigern und Kinderunfälle durch praktische Präventionsmaßnahmen verhindert werden.

Im Rahmen der Präsentation wird auf die rezenten unfallrelevanten Risikobereiche für Kinder eingegangen und es werden Beispiele für im Rahmen der Initiative „Vision Zero“ gesetzte Maßnahmen präsentiert.



## Gesundheitsaktion für Kinder und Jugendliche - Kraftwerkstatt

**W. Auer;**

Sozialversicherungsanstalt der Bauern, 4020 Linz, Austria.

### Einleitung

Die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) organisiert seit über 30 Jahren Präventionsprogramme in Form von Gesundheitsaktionen für Kinder und Jugendliche. Ab dem Sommer 2017 wurde das Angebot um zwei Schwerpunkte erweitert: Kraftwerkstatt, Fit und Gsund

In weiterer Folge werde ich auf den Schwerpunkt Kraftwerkstatt eingehen.

Die Gesundheitsaktion Kraftwerkstatt zielt auf die Stärkung der Resilienz von Kindern und Jugendlichen ab, die Umständen ausgesetzt sind oder Situationen zu bewältigen haben, die eine Herausforderung für ihre physische und psychische Gesundheit darstellen und diese möglicherweise gefährdet und/oder ihre persönliche Entwicklung negativ beeinflusst.

Die Inhalte und Ziele der Gesundheitsaktion wurden unter Mithilfe der wissenschaftlichen Begleitung von Frau Dr. Lilly Damm entwickelt. Die Evaluierung des Projektes erfolgte durch das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP).

### Inhalte/Ziele

„Die Resilienz bäuerlicher Kinder und Jugendlicher im Alter von 10-15 Jahren mit definierten sozialen Indikationen wird unter Berücksichtigung eines Systemischen Ansatzes nachhaltig gestärkt.“

Kernstück der Aktion sind Gruppen- und Einzelgespräche mit Psychologinnen in möglichst homogenen Kinder/Jugendlichen Gruppen. Das Programm wurde durch Einheiten wie Theaterpädagogik, Musiktherapie und Selbstverteidigung ergänzt.

Abgerundet wurde das Programm mit erlebnispädagogischen Elementen wie Mountainbiken und 2-Tages Wanderung.

Die Eltern werden bereits vor dem Aufenthalt mittels Telefonprotokoll, zu Beginn des Aufenthaltes durch eine Aufklärung über die Programminhalte und zum Abschluss mit einem Therapeutengespräch in diese Aktion eingebunden.

### Evaluationsergebnisse

Die Feedbackbögen geben eine klare Antwort. Die Teilnehmer/innen haben nicht nur viele neue Dinge gelernt, die zu Hause oder in der Schule praktisch angewandt haben, sondern fühlen sich nach eigenen Angaben und der ihrer Eltern deutlich stärker und besser. Die Eltern beobachteten überdies ausdrückliche positive Veränderungen bei ihren Kindern, insbesondere in ihrem Selbstbewusstsein, ihren sozialen Kompetenzen und ihrer Widerstandsfähigkeit. Zumindest kurzfristig scheint es also gelungen zu sein, die Resilienz der Kinder und Jugendlichen zu steigern bzw. zu festigen. Über die Nachhaltigkeit dieser Entwicklung lässt sich im Rahmen dieser Evaluation allerdings nur mutmaßen.

## Erlebte Stressoren und angewandte Copingstrategien von 16 bis 18jährigen SchülerInnen Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und Betätigungsbalance

**R. Ruckser-Scherb, T. Croes, L. Hartl, J. Kagerer, S. Zöchbauer, K. Lettner;**

FH Gesundheitsberufe OÖ, Studiengang Ergotherapie, Linz, Austria.

### Hintergrund

Die Anzahl der Schüler/innen, die mit ernststen emotionalen und gesundheitlichen Problemen konfrontiert sind, nimmt stetig zu. Zeitstress, Müdigkeit, übermäßiger Medienkonsum etc. tragen zur Entwicklung emotionaler Vulnerabilität bei. Sie empfinden ihr Leben als stressig - die Art und Weise der Stressbewältigung hat Auswirkungen auf ihr Wohlbefinden. Werden keine geeigneten Strategien gefunden, kommt es zu psychosomatischen Beschwerden und Gefühlen der Über- oder Unterforderung. Eine Balance zwischen Schule, Freizeit, Selbstversorgung und Erholung ist wichtig, um Gesundheit zu erleben. Wenn die Zeit, die Begabung oder die benötigten Ressourcen zur Ausführung einer Betätigung nicht vorhanden sind, tritt ein Ungleichgewicht auf. Dieses hat negative Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und das Wohlbefinden.

### Methode

Im Rahmen eines Projektes wurden zwei Fokusgruppen mit 13 Schüler/innen der 11. Schulstufe zur Erhebung der Themen „erlebte Stressoren“ und „angewandte Coping-Strategien“ durchgeführt. Im Anschluss füllten die Schüler/innen den KIDScreen Fragebogen (52 Items) und einen Fragebogen zur Betätigungsbalance (8 Items) aus.

### Ergebnisse

Die befragten Jugendlichen erleben besonders im schulischen Kontext sehr viele Stressoren, für die sie nur teilweise geeignete Coping-Strategien finden. Dies wirkt sich auf ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität aus, welche leicht unter dem europäischen Durchschnittswert liegt. Die Jugendlichen finden für sich eine Balance in ihren Betätigungsfeldern, wobei keine Kongruenz zwischen aktueller versus gewünschter Zeitverwendung empfunden wird.

### Schlussfolgerungen

16- bis 18-jährige Schüler/innen erleben in ihrem Alltag Stresssituationen, die meisten im schulischen Kontext. Für die Bewältigung benötigen sie aktive Copingstrategien und im Besonderen gute Zeitmanagementfähigkeiten.

Zur Verbesserung ihres Stressmanagements sollte man Schüler/innen bei der Entwicklung von geeigneten Coping-Strategien unterstützen. Besonders geeignet sind dafür Workshops, die helfen, gesundheitsfördernde Aspekte ins Leben zu integrieren. Es bedarf einer Auseinandersetzung mit den eigenen Bedürfnissen, um darauf aufbauend Anforderungen zu priorisieren und gute Zeitmanagementfähigkeiten zu entwickeln. Des Weiteren geht es um die Identifikation von Zeiträubern und die Entwicklung von Strategien, um in Balance zu bleiben und langfristig mehr Wohlbefinden zu erlangen.



## Peer2Peer - Psychosoziale Krisenintervention, Stressbewältigung, Mentoring und Gesundheitsförderung für Studierende

C. Vajda, F. Matzer, H. Tritthart, P. Rauch, K. Pichler, M. Czernin, J. Wagner-Skacel;  
Medical University of Graz, Department of Medical Psychology and Psychotherapy, Graz, Austria.

### Hintergrund

Gesundheit im biopsychosozialen Sinne zu erhalten und mit gesundheitlichen Belastungen adäquat umzugehen ist für Mitglieder der Gesundheitsberufe im Arbeitsalltag wie auch im persönlichen Kontext von essentieller Wichtigkeit. Zudem sind im Kontakt mit anvertrauten Patientinnen und Patienten oftmals Fähigkeiten zum Umgang mit psychosozialen Belastungen (z.B. Krisen) relevant. Um die persönlichen Kompetenzen mit diesen Herausforderungen zu entwickeln sowie den Umgang mit den eigenen Ressourcen zu stärken, sollten diese so früh wie möglich in der beruflichen Sozialisierung thematisiert und geschult werden.

### Projektbeschreibung

Das Peer2Peer-Programm an der Medizinischen Universität Graz bildet bereits während des Studiums Studierende in diesen Themen aus und weiter. Anhand von vier Schwerpunkten (psychosoziale Krisenintervention, Stressbewältigung, Mentoring, Weiterbildung in Gesundheitsförderung/Prävention) werden Studierende der Medizinischen Universität Graz durch speziell ausgebildete Studierende (Peers; Sommersemester 2018 - 14 Studierende) in Fragen der psychosozialen Gesundheit betreut und geschult. Dies umfasst unter anderem einen zweimal wöchentlich stattfindenden Journaldienst zur Beratung in krisenhaften Situationen, die Abhaltung von Workshops (bspw. Lerntechniken, Entspannungsmethoden), ein Wahlfachangebot (Psychosoziale Krisenintervention und Stressbewältigung; Medical Humanities) sowie ein Gruppenmentoring für Erstsemestrige (Fokus soziale Einbettung an der Universität) und Weiterbildung hinsichtlich psychosozialer Themen (bspw. Schlafqualität, Essstörungen etc.). Bei Vorliegen ernster gesundheitlicher/psychischer Belastungen steht ein Beirat aus Fachpersonal (Mediziner/-innen, Psychotherapeut/-innen) zur Verfügung. Neben der Wissensvermittlung werden ebenfalls begleitende Forschungsprojekte (Lehr- und Gesundheitsforschung) sowie internationale Kooperationen (u.a. Netzwerk "Gesund durchs Medizinstudium") forciert.

### Erfahrungen

Seit dem Wintersemester 2014/15 konnte eine kontinuierliche Zunahme des Interesses und der Teilnahme der Studierenden an den Angeboten des Programmes verzeichnet werden. Angebote mit Fokus Gesundheitsförderung sowie Skill-Vermittlung stoßen hierbei auf besondere Akzeptanz.

### Empfehlungen/Schlussfolgerungen

Nach Einschätzung des Projektteams zeigt sich, gestützt durch die gesammelten Erfahrungen des Programmes, eine hohe Notwendigkeit Studierende der Gesundheitsberufe bereits früh hinsichtlich psychosozialer Belastungen zu sensibilisieren. Adäquater Umgang mit diesen kann dabei einen großen Einfluss sowohl auf die persönliche Gesundheit (Umgang mit Krisen/Belastungen im Studium und/oder Beruf, längere subjektive Zufriedenheit) wie auch auf jene der anvertrauten Patientinnen und Patienten (Umgang in krisenhaften Situationen, Arzt-Patienten-Kommunikation, Einbeziehung biopsychosozialer Faktoren in Therapie, Diagnostik und Begleitung) haben.

## Psychosoziale Belastungen, Ressourcen und Beanspruchungen von Volksschuldirektor/innen

B. A. Szabo;  
Fachhochschule Burgenland, Pinkafeld, Austria.

### Ausgangslage

Schulen sind im Sinne der Ottawa Charta (WHO, 1986) wichtige Settings der Gesundheitsförderung, da darin ein großer Teil der Bevölkerung, nämlich Schüler/innen, Lehrkräfte und Schulleitungen sowie nichtunterrichtendes Personal, nahezu täglich agiert. Dabei kann die Schule sowohl positiv (z.B. soziale Kontakte) als auch negativ (z.B. Lern- und Arbeitsstress) auf die Gesundheit einwirken. Betrachtet man insbesondere die Beschäftigtengesundheit in Schulen, so wird eine Brücke von der Schulischen zur betrieblichen Gesundheitsförderung geschlagen. Diesbezüglich liegen im Gegensatz zur umfassenden Lehrgesundheitsforschung nur wenige Studien zur Gesundheit von Schulleitungen vor. Dieser Forschungsmangel kann angesichts der Schlüsselrolle, die Schulleiter/innen bei der Verwirklichung einer „guten, gesunden Schule“ haben, als dramatisch bezeichnet werden. Die „dünne“ Studienlage (vgl. z.B. Baeriswyl et al., 2013) deutet darauf hin, dass soziale Interaktionen im Arbeitsalltag einen besonders großen Einfluss auf die Schulleitergesundheit haben. Dabei können diese sowohl belastend, z.B. in Form von Konflikten mit Erziehungsberechtigten, als auch gesundheitsfördernd, z.B. in Form von sozialer Unterstützung durch Lehrkräfte, wirken.

### Ziel und Methode

Aus diesem Grund war es Ziel der Forschungsarbeit, die Bedeutung des sozialen Netzwerkes am Arbeitsplatz für die Gesundheit von Schulleitungen zu untersuchen und Muster im psychosozialen Belastungs-Ressourcen-Beanspruchungserleben zu identifizieren. Hierfür wurden mit 20 Volksschuldirektor/innen in einem österreichischen Bundesland triangulativ soziale Netzwerkanalysen durchgeführt, die sich durch den kombinierten Einsatz von problemzentrierten Interviews, Kurzfragebögen und Netzwerkkarten auszeichneten. Die Daten wurden mit dem Verfahren empirisch begründeter Typenbildung nach Kluge (1999) ausgewertet.

### Ergebnisse

Die meisten Befragten schreiben dem sozialen Netzwerk am Arbeitsplatz eine hohe gesundheitliche Bedeutung zu. Es konnten in Abhängigkeit der individuell wahrgenommenen Belastungs-Ressourcen-Balance im Kontext sozialer Beziehungen zu Personen innerhalb und außerhalb der Schule vier Muster psychosozialen Belastungs-Ressourcen-Beanspruchungserlebens identifiziert werden, die „gut vernetzten“, die „Beschützer/innen“, die „Überforderten“ und die „Einzelkämpfer/innen“.

### Diskussion

Die Arbeit liefert erstmals umfassende qualitative Erkenntnisse zur Volksschulleitergesundheit in Österreich, die die hohe Bandbreite an Ergebnissen bisheriger internationaler quantitativer Studien erklären können. Neben dem wissenschaftlichen Nutzen, der unter anderem in der Ermittlung gesundheitsförderlicher und -schädlicher Aspekte sozialer Netzwerke am Arbeitsplatz liegt, liefert die Arbeit Handlungsempfehlungen für Schuldirektor/innen selbst sowie Akteur/innen in der Gesundheits- und Schulpolitik. Die vier identifizierten Schulleitertypen weisen auf die Notwendigkeit eines individuellen Zuganges zum Thema Gesundheitsförderung in einzelnen Schulen hin.



## Lehrergesundheit - Impulse und Anknüpfungspunkte für die Schulentwicklung

E. Gollner, M. Meister, B. Szabo;  
Fachhochschule Burgenland, Pinkafeld, Austria

### Ausgangslage

Das Setting Betrieb hat aus Public Health-Perspektive eine hohe Bedeutung für die Gesundheit von berufstätigen Erwachsenen. Verschiedene Berufe zeichnen sich durch unterschiedliche psychische Belastungen aus (vgl. Biffi et al., 2011). Der Lehrerberuf wird innerhalb der Lehrergesundheitsforschung und auch in den Medien oft als einer der belastendsten Berufe bezeichnet (vgl. Nieskens et al., 2013). Interessanterweise weisen aktuelle österreichische Erhebungen und Untersuchungen zu Belastungen und Beanspruchungen von Beschäftigten im Branchenvergleich jedoch keineswegs auf eine prekäre Arbeitssituation und einen schlechten Gesundheitszustand von Lehrkräften hin. Dies betrifft sowohl objektive (z.B. Krankenstände) als auch subjektive Indikatoren (vgl. z.B. Statistik Austria, 2014). Die zum Teil widersprüchliche Studienlage war Ausgangspunkt für die vorliegende Untersuchung.

### Methodik

Im Rahmen einer Untersuchung der psychischen Belastungen am Arbeitsplatz wurden von September 2016 bis Oktober 2016 an 21 Bundesschulen 752 Personen online befragt. Die Befragung gliedert sich in zwei Teile, einen Teil zur Evaluierung der psychischen Belastungen am Arbeitsplatz laut § 4-7 B-BSG und einen Teil zur Lehrtätigkeit und Lehrkultur.

### Ergebnisse

Die Gesamtbewertung hinsichtlich der psychischen Belastungen am Arbeitsplatz Schule ist mit einem Wert von 2,3 (1= nicht belastend, 4=sehr belastend) im Vergleich zum Benchmark (unterschiedliche Berufsgruppen/Unternehmen) mit 2,08 als eher stärker belastet zu sehen. Negativ wird von den Lehrkräften vor allem die Darstellung in den Medien (LehrerInnenarbeitszeit), die mangelnde Unterstützung seitens des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung, der mangelnde Platz bzw. Rückzugsort sowie die Beschäftigung in der Freizeit mit den schulischen Aufgaben bewertet. Positiv werden vom Lehrpersonal die soziale Unterstützung im Kollegium und von der Schulleitung, die klaren Zielvorgaben hinsichtlich der Lehrtätigkeit und die Identifizierung mit den Aufgaben und Anforderungen gesehen. Grundsätzlich glauben 93% der befragten Lehrkräfte, dass sie die Lehrtätigkeit für mindestens die nächsten fünf Jahre ausüben werden können.

### Diskussion

Neben der Schulleitung gestalten Lehrkräfte Lehr- und Lernbedingungen an Schulen wesentlich mit. Nur wenn die Gesundheit dieser auf wissenschaftlicher Ebene ausreichend untersucht und daraus ableitend auf politischer und praktischer Ebene weiter gefördert wird, kann das Konzept der „guten gesunden Schule“ (vgl. Dadaczynski & Paulus, 2011), welches die Gesundheit aller in der Schule befindlichen Personen als Basis für die Erfüllung der Kernaufgaben von Schulen betrachtet, umgesetzt werden.

# Parallel Session IIIe Bewegung und Gesundheitsverhalten





## Determinanten zur Förderung körperlicher Aktivität von Menschen mit psychischen Erkrankungen - eine qualitative Studie

W. Schebesch-Ruf<sup>1</sup>, A. Heimgartner<sup>2</sup>, S. Titze<sup>1</sup>;

<sup>1</sup>Institut für Sportwissenschaft/Universität Graz, Graz, Austria, <sup>2</sup>Institut für Erziehungswissenschaften/Universität Graz, Graz, Austria.

### Hintergrund

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung einem erhöhten Gesundheitsrisiko ausgesetzt. Mit der Ausübung regelmäßiger Bewegung könnte dieses Risiko reduziert werden, weil wissenschaftlichen Studien zufolge sich Bewegung positiv auf die körperliche Gesundheit und auf Symptome psychischer Erkrankungen auswirkt. Bisher gibt es keine theoriebasierten Programme, durch die das körperliche Aktivitätsverhalten von Menschen mit psychischen Erkrankungen gefördert wird. Das Ziel dieser Studie ist es bestimmende Faktoren körperlicher Aktivität basierend auf der individuellen Perspektive von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu identifizieren.

### Methoden

Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie waren eine diagnostizierte psychische Erkrankung und die regelmäßige Teilnahme an einem Sport- und Bewegungsprogramm einer psychosozialen Einrichtung. Leitfadengestützte Interviews wurden mit 15 Personen (2 Frauen) mit einem durchschnittlichen Alter von 36,7 Jahren (SD=11,8) durchgeführt. Die Daten wurden mit der „Dokumentarischen Methode“ ausgewertet.

### Ergebnisse

Durch die Anwendung der dokumentarischen Methode konnten drei Sport- bzw. Bewegungsorientierungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen unter Berücksichtigung der „Sport- und Bewegungsvergangenheit“ und des „familiären Umfelds“ gebildet werden. Das Teilnahmemotiv des rehabilitationsorientierten Typus ist die Unterstützung zur Rückkehr in den Arbeits- und Lebensalltag. Der sozialorientierte Typus betreibt regelmäßig Sport im Verein, um sein soziales Wohlbefinden zu stärken, während sich für den vertrauensorientierten Typus das vertrauensvolle Umfeld als Handlungsmotiv dokumentiert.

### Schlussfolgerung

Um Menschen mit psychischen Erkrankungen die Möglichkeit zu geben, selbstbestimmt zur Verbesserung der Gesundheit durch Sport und Bewegung beizutragen, sind verschiedene typspezifische Rahmenbedingungen notwendig (Sportvereine oder psychosoziale Einrichtungen). Darüber hinaus sollten diese Angebote von ausgebildeten Trainern/innen mit Kompetenzen im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen durchgeführt werden.

## Bewegungsangebot im Alltag für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung: Subjektive Einschätzung von AthletInnen der Special Olympics World Winter Games 2017 aus Österreich sowie deren TrainerInnen und Angehörigen

S. Tschiggerl, B. Fuchs-Neuhold;

Institut Gesundheits- und Tourismusmanagement, Bad Gleichenberg, Austria.

### Problemstellung

Da körperliche Betätigung einen großen Einfluss auf Gesundheit und Lebensqualität ausübt, ist der Zugang zu Bewegungsangeboten eine Voraussetzung, um Gesundheit zu fördern und Menschen mit geistiger Beeinträchtigung eine uneingeschränkte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen (Haveman & Stöppler, 2014, S. 14). Im Rahmen von „Special Olympics Österreich“ bekommen Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen die Möglichkeit, sich sportlich zu betätigen und selbst als AthletInnen an Sportveranstaltungen teilzunehmen (Special Olympics Österreich, 2014a). Auf Grund mangelnder materieller und personeller Ressourcen finden viele AthletInnen, die an den Wettkämpfen teilnehmen, im Vorfeld der Veranstaltungen nicht genügend Trainingsmöglichkeiten vor (Machek, Stopka, Tillman, Sneed & Naugle, 2008, S. 374). Diese wären indessen für eine Verbesserung der Gesundheit und der Lebensqualität notwendig.

### Methodik

Eine umfassende Literaturrecherche sowie Leitfadeninterviews wurden im Rahmen der Special Olympics World Winter Games 2017 umgesetzt, welche vom 14. bis 25. März in Graz, Schladming und Ramsau am Dachstein stattgefunden haben. AthletInnen der Weltspiele, deren Angehörigen und TrainerInnen sowie ein Interessensvertreter von Special Olympics Österreich wurden befragt.

### Ergebnisse

Auf Grund der Literaturrecherche und der durchgeführten Interviews konnten verschiedene Faktoren zum Trainingsangebot von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in Österreich identifiziert werden. Es wurde herausgefunden, dass der Zugang zu Trainingsmöglichkeiten für AthletInnen vom Wohnort abhängig ist. AthletInnen, die in der Stadt wohnen, waren zufrieden mit dem umliegenden Angebot, während am Land oftmals Angebotslücken aufgezeigt wurden. Des Weiteren konnten Eltern und TrainerInnen einen Rückgang im Sportangebot von diversen Einrichtungen beobachten. Somit ist körperliche Betätigung häufig von der Unterstützung der Familien oder umliegenden Vereinen abhängig. Eine bessere Kooperation mit den Einrichtungen war neben der Schaffung von TrainerInnenausbildungen, einer besseren finanziellen Unterstützung, Hilfestellung beim Transport vom bzw. zum Trainingsangebot sowie Kooperationen mit Fitnesscentern, Schulen und Vereinen die häufigsten Verbesserungsvorschläge, die von den InterviewpartnerInnen genannt wurden.

### Schlussfolgerung

Durch diese Masterarbeit konnten Verbesserungsvorschläge identifiziert und Empfehlungen abgeleitet werden. Ein bereits gut etabliertes Trainingsnetzwerk bietet vielen AthletInnen einen Zugang zu einem Sportangebot im Alltag. Basierend darauf kann in Zukunft aufgebaut werden, um mehr Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ein Bewegungsangebot zu ermöglichen und ein qualitativ hochwertiges Training anzubieten. Es ist notwendig, Bewusstsein für potentielle Verbesserungen zu schaffen, um die Rahmenbedingungen zu optimieren.



## Charakteristika von Personen, die an einem österreichweitem Bewegungsprogramm des Roten Kreuzes teilnehmen - Die „Bewegung bis ins Alter“ Initiative

R. Hofmann<sup>1</sup>, T. E. Dorner<sup>1</sup>, K. Pils<sup>2</sup>, M. Wild<sup>2</sup>, C. Gröschel-Gregoritsch<sup>2</sup>, S. Haider<sup>1</sup>;

<sup>1</sup>Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health, Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin, Wien, Austria,

<sup>2</sup>Österreichisches Rotes Kreuz, Wien, Austria.

### Hintergrund

Mit dem Alter nehmen Muskelmasse als auch Muskelkraft und die gesamte körperliche Leistungsfähigkeit ab. Durch regelmäßiges Training kann diese Entwicklung verzögert und so die Lebensqualität verbessert werden. Dafür braucht es niederschwellige, wohnortnahe Angebote, die sich an den Gesundheitsbedürfnissen der Menschen orientieren.

### Beschreibung des Projektes

Das Programm „Bewegung bis ins Alter“ des Roten Kreuzes setzt hier an und bietet einmal wöchentlich ein Bewegungsangebot für selbstständig lebende ältere Menschen in Österreich. Dieses Programm wurde bereits 1970 ins Leben. Das Ziel der aktuellen Evaluation war es herauszufinden, wer an dem Bewegungsprogramm teilnimmt, was die Erwartungen sind, und welche Effekte das Programm hat. Daher wurden die TeilnehmerInnen am Beginn und nach 12 Wochen ausführlich untersucht: Es wurden soziodemographische Daten erhoben. Der Frailty-Status wurde mit dem SHARE-FI gemessen, die Handkraft mit einem Dynamometer und die Ausdauer mit dem 2-min Step-Test. Außerdem wurden die subjektive Gangsicherheit und die Sturzangst mit dem FES-I erhoben. Fragen zum aktuellen Bewegungsausmaß und zur Motivation wurden gestellt.

### Evaluierungsergebnisse

In die noch laufende Evaluation wurden 52 Personen eingeschlossen. Die Ergebnisse zeigen, dass das Angebot vor allem Frauen (96,2%) mit zumindest einem Pflichtschulabschluss (75%) anspricht. Das Durchschnittsalter lag bei 74 Jahren (Standardabweichung (SD): 7,9; min-max=58-93). Laut dem SHARE-FI waren 55,8% „prefrail“ und 5,8% „frail“. Die mittlere Handkraft lag bei 27,6 kg (SD: 12,4) und beim Step-Test erreichten 61,5% einen durchschnittlichen oder höheren Wert als die Altersreferenz des Senior-Fitness-Tests. 80,8% der TeilnehmerInnen hatten eine subjektive Gangsicherheit von 100%, 86,5% zeigten eine sehr niedrige Sturzangst. 69,2% machten schon vor dem Programm regelmäßig Bewegung. Obwohl für 92,3% der TeilnehmerInnen die Hauptmotivation war, die Fitness zu verbessern, kamen 86,6% auch um nette Leute zu treffen.

### Schlussfolgerung

Das österreichweite Programm „Bewegung bis ins Alter“ erreicht ältere Personen mit einem guten Fitness-Zustand, wobei auch Personen mit einem niedrigeren Schulabschluss mitmachen. Die Ergebnisse verdeutlichen den Wunsch nach sozialen Kontakten, welche einen nachweislichen Beitrag zur Lebensqualität und somit Gesundheit leisten. Obwohl die Sturzangst noch sehr gering ist, wurde ein Großteil der Personen als prefrail kategorisiert. Diese Tatsache unterstreicht die Wichtigkeit des Programmes, um der Entstehung von Gebrechlichkeit entgegenzuwirken. Analysen, die sich mit den Effekten des Programmes beschäftigen, sind noch ausständig.

## Ist gesundheitswirksame Bewegung während der Nutzung des öffentlichen Verkehrs möglich? Ein Blick auf die Schrittlänge, Gehgeschwindigkeit und Intensität während der Alltagsmobilität.

J. Jaunig<sup>1</sup>, E. Füssl<sup>2</sup>, S. Titze<sup>1</sup>;

<sup>1</sup>Institut für Sportwissenschaft, Karl-Franzens-Universität Graz, Graz, Austria, <sup>2</sup>FACTUM Chaloupka & Risser OG, Wien, Austria.

### Hintergrund

Regelmäßige körperliche Aktivität spielt eine zentrale Rolle in der Prävention von Zivilisationskrankheiten sowie der Aufrechterhaltung des körperlichen, wie auch seelischen Wohlbefindens. Der öffentliche Verkehr (ÖV) bietet durch aktive Mobilität eine hervorragende Möglichkeit für körperliche Aktivität im Alltag. Ziel der Studie war die Überprüfung, ob sich die TeilnehmerInnen während der Benützung von ÖV Stationen mit zumindest mittlerer Intensität (MVPA) fortbewegen. Die vorgestellte Studie wurde im Rahmen des FFG-Projektes ROUTINE (Nr. 854937) durchgeführt, welches vom Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie (BMVIT) gefördert wurde. Ziel des Projektes war die Erweiterung eines webbasierten Reiseplaners ([www.anachb.at](http://www.anachb.at)) um die Darstellung der möglichen Schritte und aktiven Bewegungsminuten auf einer gesuchten Route.

### Methoden

Die Messungen wurden in zwei separaten Feldtests durchgeführt (Juli und Februar). Alle 45 TeilnehmerInnen (22 Frauen, Alter: 18-74 Jahren) absolvierten die gleichen 5 Routen durch ÖV Stationen in Wien, wobei die TeilnehmerInnen ihre Gehgeschwindigkeit selbst wählten. Es wurden Pedometer, Accelerometer und Herzfrequenzmessgeräte verwendet, um die Schritte, Intensität und Dauer für die jeweiligen Strecken zu messen.

### Ergebnisse

Für die 5 Routen lag die durchschnittliche Gehzeit zwischen 1.5 und 4 Minuten. Die durchschnittliche Schrittlänge auf den Routen bewegte sich zwischen 0.63-0.76 m (SD = 0.06-0.08 m). Diese korrelierte hoch ( $r > .76$ ) mit der Gehgeschwindigkeit ( $M = 1.10-1.54$  m/s;  $SD = 0.11-0.16$  m/s) auf den jeweiligen Routen. Bezüglich der Intensität gab es eindeutige Ergebnisse: Basierend auf den Accelerometerdaten befanden sich die TeilnehmerInnen zu mindestens 90% der Zeit in MVPA (cut-off nach Freedson), was  $> 100$  Schritten pro Minute entsprach. Auch bei der Herzfrequenz befanden sich die TeilnehmerInnen auf allen 5 Strecken, im Median, zumindest zu 94% der Zeit in MVPA ( $\geq 50\%$  HFmax).

### Schlussfolgerungen

Dies ist eine der ersten Studien, die das Bewegungspotential innerhalb von ÖV Stationen mit verschiedenen Messmethoden untersuchte. Obwohl die Strecken in den ÖV Stationen kürzer als 10 Minuten waren, lag die Intensität weitestgehend im mittleren Bereich. Beim Hinaufgehen der Treppen konnten mit der Herzfrequenzmessung höhere Intensitäten gezeigt werden. Demgemäß lässt sich schlussfolgern, dass die aktive Mobilität während der ÖV Nutzung dabei hilft Schritte mit mindestens mittlerer Intensität zu sammeln und zur gesundheitswirksamen Bewegung beiträgt.

## AGIA - Aktiv gesund im Alter

**R. Reiche;**

Fachhochschule, Kärnten, Austria.

### Hintergrund

Gesundheitsorientierte Bewegungsangebote sind in Österreich nicht flächendeckend und bedarfsorientiert vorhanden. Defizite an geeigneten Bewegungsangeboten bestehen insbesondere für BewohnerInnen von Altenwohn- und Pflegeheimen. Deren Bewegungsförderung kommt damit besondere Bedeutung zu, da sich durch regelmäßige Bewegung und körperliche Aktivität sich auch bei pflegebedürftige Menschen im hohen Lebensalter positive Effekte erreichen lassen.

### Beschreibung des Projektes

Der Landesverband Kärnten der Arbeitsgemeinschaft für Sport und Körperkultur in Österreich (ASKÖ) entwickelte das Projekt „Aktiv gesund im Alter“ (AGIA). Das Projekt wurde von der Fachhochschule Kärnten begleitet und beinhaltet fünf zu evaluierenden Zielsetzungen:

1. Schaffung neuer bewegungsorientierter Gesundheitsfördermaßnahmen für BewohnerInnen aller Altenwohn- und Pflegeheime Kärntens (ca. 76)
2. Steigerung des subjektiven Wohlbefindens sowie des Gemeinschaftserlebnisses
3. Steigerung der Selbständigkeit und Aktivität
4. Entlastung des Pflegepersonals
5. Empowerment der beteiligten Akteure

### Evaluierungsergebnisse

Die Erwartungen an eine Steigerung an Beweglichkeit, Freude, Lebensqualität sowie dem Aufbau neuer sozialer Kontakte wurde von fast allen TeilnehmerInnen als erfüllt eingeschätzt. Diese Einschätzung wurde durch beobachtete Veränderungen bei Mobilität, Motorik, Haltung, Ausdauer, Beweglichkeit, Gangbild, Koordination, Kraft, aber auch bei sozialer Zugehörigkeit, Gruppendynamik, Konzentration, Selbstbewusstsein und der allgemeinen Freude am Bewegen bestätigt.

Überforderungen durch die Bewegungsübungen traten nur selten in Form von Kreislaufproblemen, Schmerzen oder Müdigkeit auf. Unterforderungen allenfalls bei sehr fitten SeniorInnen. Der häufig geschilderte Spaß an den Übungseinheiten äußerte sich u.a. durch Vorfreude sowie durch Lachen, Singen und Scherzen. Gefährliche Situationen traten nur sehr selten bei Kreislaufproblemen oder aggressivem Verhalten auf. Erfolge zeigten sich in einer Steigerung der Geselligkeit, Lebensfreude, dem Spaß an Bewegung und mehr an Beweglichkeit, Miteinander und Selbstständigkeit. Hinsichtlich der Rahmenbedingung Anzahl, Dauer und Zeiten für die Einheiten, der Pünktlichkeit sowie der Übungsmaterialien ergab sich jeweils große Zufriedenheit.

Die Fortführung des Bewegungsprogramms in eigener Regie der Institutionen scheint bei einem großen Anteil gesichert. Positive Auswirkungen auf Erweiterung des sozialen Umfelds äußern sich in Form von Zugehörigkeitsgefühl, neuen Kontakten und gemeinsamen Aktivitäten.

### Empfehlungen

Übernahme des gesundheitsfördernden Bewegungsprogramms für alle Altenwohn- und Pflegeheime Österreichs unter Sicherstellung der Finanzierung.

## Gesundheitsverhalten der WienerInnen. Identifikation von Risikogruppen

**H. Reiger, L. Richter, L. Kravanja;**

Institut für Soziologie und empirische Sozialforschung, Wirtschaftsuniversität Wien, Wien, Austria.

Mit den Worten „A Spitzerl, a Schwipserl, a Räuscherl, a Schweigerl, a Schwamm ist unser tägliches Arbeitsprogramm“ (Krügel vor'm Gesicht - Rhapsodie in Halbstarke, 1962) wurde die Zuneigung der österreichischen Bevölkerung zum Alkohol karikiert. Daran geändert hat sich bis heute wenig, denn sowohl im Zeitintervall 1961-65 als auch 2011-15 betrug die durchschnittlich konsumierte Alkoholmenge jeweils an die zwölf Liter reinen Alkohols pro Jahr und Kopf. Auch im Tabakkonsum zeichnet sich weiterhin eine vergleichsweise hohe Prävalenz ab. Des Weiteren steigt die Zahl der Adipositas-Fälle seit 2000. Gemäß des österreichischen Ernährungsberichtes werden Obst und Gemüse lediglich von der Hälfte der österreichischen Bevölkerung täglich konsumiert. Wohl wissend der damit einhergehenden Gefahren - nach World Health Organization gehören diese Risikofaktoren zu den zehn größten für Mortalität und Morbidität - erscheint Risikoverhalten in großen Teilen der Bevölkerung im „Arbeitsprogramm“. Möchte man hierzu gesundheitspolitische Interventionen setzen, so bedarf es nicht nur des Wissens um die Prävalenz, sondern der genaueren Bestimmung der betroffenen Gruppen. Diesem Ziel widmet sich der geplante Beitrag für die Wiener Stadtbevölkerung.

Im Gegensatz zu Studien, die überwiegend eine Verhaltensweise fokussieren, wird im Rahmen dieser Untersuchung Gesundheitsverhalten multidimensional (Alkohol, Tabak, Bewegung, Ernährung) betrachtet - multiple gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen stehen nachvollziehbarer Weise mit einem höheren Risiko für Morbiditäts- und Mortalitätschancen in Zusammenhang. Die Risikocluster werden vor dem Hintergrund sozioökonomischer Merkmale sowie der gesundheitlichen Verfassung betrachtet. Datengrundlage bildet der ATHIS 2014 in Kombination mit Daten des Mikrozensus der Stadt Wien für Personen ab 15 Jahren. Um potentielle Verhaltensrisikogruppen zu identifizieren, sind Regressions- und Clusteranalysen verwendet worden.

Die Ergebnisse zeigen, dass bloß ein knappes Drittel der Wiener Bevölkerung einem gesunden Verhaltenstyp zugeordnet werden kann, welcher durch ein angemessenes Ausmaß an körperlicher Aktivität, täglichen Obst- und Gemüsekonsum, einen nicht riskanten Alkoholkonsum und fast ausschließlichen Verzicht auf Tabak gekennzeichnet ist. Ein weiteres Drittel zeigt in einer der beobachteten Kategorien riskante Verhaltensweisen, das letzte Drittel weist mindestens zwei riskante Verhaltensdispositionen auf. Sozialpolitisch sollte der Fokus nicht nur auf die Gruppe von ca. 120.000 Personen mit multiplen Gesundheitsgefährdungen gerichtet, sondern auch eine Erhöhung des Anteils der „Gesunden“ angestrebt werden.



## Gesundheitsförderung in der Nachbarschaft. Ergebnisse einer quantitativen Untersuchung mit SeniorInnen im Rahmen der Initiative Auf Gesunde Nachbarschaft

K. Resch, A. Fassl, C. Weißenböck;  
Universität Wien, Wien, Austria.

### Hintergrund

Soziale Teilhabe ist über die gesamte Lebensspanne hinweg ein wichtiger Aspekt des Zusammenlebens. Einen besonderen Stellenwert nimmt jene im Alter ein (Simonson 2013). Der Zugang zu sozialen Kontakten ermöglicht es älteren Menschen, auch im Alter ein sinnstiftendes und sozial erfülltes Leben zu führen (Cannuscio 2003). Gerade im höheren Alter kann sich der Mobilitätsradius einschränken und die unmittelbare Wohnumgebung - die Nachbarschaft - für soziale Beziehungen an Bedeutung gewinnen.

### Methoden

Im Rahmen der AGN Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft“, die der FGÖ ins Leben gerufen hat, haben ausgewählte Organisationen zwischen 2015 und 2018 Gesundheitsförderungsprojekte in der Nachbarschaft mit SeniorInnen umgesetzt, die von der Universität Wien evaluiert wurden. Ziel der quantitativen Evaluation war es, zu erfahren, ob durch AGN sozial benachteiligte, isolierte und immobile Menschen erreicht wurden und wie sich die soziale Teilhabe älterer Personen in der Nachbarschaft gestaltet. Es wurde ein Fragebogen zu Partizipation und Reziprozität von Beziehungen in der Nachbarschaft eingesetzt (N=165 ältere Personen). Die Auswertung beinhaltet deskriptive Merkmalsbeschreibungen und Signifikanztests auf Unterschiede bzw. Zusammenhänge nach u.a. Alter, Geschlecht, Wohnsitz, Bildungsstand, Gesundheit.

### Ergebnisse

Es wurden mehr ältere Frauen erreicht, diese weisen eine niedrigere Schulbildung als die Männer auf. Nachbarschaftsbeziehungen werden meist als gut, dabei am Land besser als in der Stadt erlebt. Frauen haben öfter Kontakt zu FreundInnen oder Bekannten, Männer mehr zu NachbarInnen. Einige Befragte fühlen sich sozial isoliert: 37% gaben an, es zu vermissen, Menschen um sich zu haben. Weniger Befragte gaben Mobilitätseinschränkungen im Alltag an, aber einige empfanden sich in ihrer räumlichen Mobilität eingeschränkt. Der Großteil gab an, starke Verbesserungen hinsichtlich sozialer Kontakte durch AGN erfahren zu haben.

### Schlussfolgerungen

AGN leistet einen wesentlichen Beitrag zur Förderung der sozialen Teilhabe Älterer in der Nachbarschaft und unterstreicht die Wichtigkeit des kommunalen Settings in der Gesundheitsförderung. Vor allem könnten Stadt-Land-Unterschiede und Divergenzen im Mobilitätsverhalten Älterer künftig zu berücksichtigen sein. Literatur Cannuscio, C.; Block, J.; Kawachi, I. (2003): Social Capital and Successful Aging: The Role of Senior Housing. In: *Annals of Internal Medicine* 139 (5; 2), S. 395-399. Simonson, J.; Hagen, C.; Vogel, C.; Motel-Klingebiel, A.(2013): Ungleichheit sozialer Teilhabe im Alter. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46 (5), S. 410-416.

**Parallel Session IVa**  
**Medizinanthropologie**  
**an der Schnittstelle**  
**zu Global Public Health**





## Medizinanthropologie an der Schnittstelle zu Global Public Health

R. Kutalek<sup>1</sup>, M. Jäger<sup>2</sup>;

<sup>1</sup>Medical University of Vienna, Vienna, Austria, <sup>2</sup>Sigmund Freud University, Vienna, Austria

Die Medizinanthropologie beschäftigt sich mit Krankheit und Gesundheit in unterschiedlichen Gesellschaften und Kontexten, wie Menschen die Ursache von Krankheit sehen, welche Strategien sie einsetzen, um Krankheit zu verhindern oder zu heilen, welche Ressourcen ihnen dabei zur Verfügung stehen und wie diese verteilt werden. Die Begriffe Krankheit und Gesundheit sind dabei in einem sehr breiten Sinn zu verstehen und beschränken sich keineswegs ausschließlich auf biologische Dimensionen. Der Medizinanthropologie geht es um das Verstehen von Kranksein – also die individuelle Erfahrung von Krankheit und Leid – und um den sozialen, kulturellen, politischen und ökonomischen Kontext von Krankheit.

In vielen dieser Bereiche überschneiden sich Themen der Medizinanthropologie mit denen von Public Health, insbesondere wenn es um Verteilungsgerechtigkeit geht oder um die Einbindung von PatientInnen in Gesundheitsentscheidungen.

Die vorgestellten Projekte zeigen das breite thematische und institutionelle Feld, in dem österreichische MedizinanthropologInnen aktuell tätig sind. Wir wollen insbesondere Themen an der Schnittstelle von Medizinanthropologie und Global Public Health behandeln und kritische sozialwissenschaftliche Perspektiven im Kontext von neueren globalen Entwicklungen präsentieren.

### Einzelvorträge

**Lisa Lehner (Cornell University)**

Veränderungen in der Behandlung von Hepatitis C und das Potenzial einer gemeinsamen „Handelszone“ von Medizinanthropologie und Public Health

**Ruth Kutalek (Medizinische Universität Wien)**

Stigmatisierung bei Ebola Überlebenden in Westafrika  
Implikationen für Interventionen

**Bernhard Hadolt (Universität Wien)**

Spende oder Ware? Zur Bioökonomie der Blutspende auf den Philippinen

**Eva-Maria Knoll (Österreichische Akademie der Wissenschaften, Wien)**

Management von Thalassämie auf den Malediven

**Elena Jirovsky (Medizinische Universität Wien)**

Wie kann die Medizinanthropologie die gesundheitliche Versorgung von MigrantInnen in Österreich unterstützen? - Erfahrungen aus dem EUR-HUMAN Projekt

## Veränderungen in der Behandlung von Hepatitis C und das Potenzial einer gemeinsamen „Handelszone“ von Medizinanthropologie und Public Health

L. Lehner;

Department of Science & Technology Studies, Cornell University, Ithaca, United States.

### Hintergrund

Die Behandlung von Hepatitis C-Viruserkrankungen (HCV) wurde in den vergangenen Jahren revolutioniert. Der Einsatz von neuen Arzneimitteln, sogenannten Direct-Acting Antivirals (DAAs), führt bereits in über 90% aller Fälle zu einer Ausheilung dieser bisher chronisch bis tödlich verlaufenden Lebererkrankungen.

### Methoden

Ich nutze in meinem Dissertationsprojekt Interviews, teilnehmende Beobachtungen und Dokumentanalysen zur Untersuchung der sozialen und systemischen Auswirkungen dieser „beispiellosen medizinischen Entwicklung“ (Lok et al. 2017). Mein Augenmerk liegt auf den Krankheits- und Behandlungserfahrungen von Hepatitis C-PatientInnen in Österreich.

### Ergebnisse

Dabei zeigt sich, dass DAAs nicht nur eine vermeintlich bessere Behandlungsmethode gegen HCV darstellen als bisherige Medikamente, sondern auch den Charakter der Krankheit selbst mitverändert haben. Wurde Hepatitis C bisher überwiegend als eine chronische Langzeiterkrankung behandelt, begegnet ihr die Medizin mittlerweile eher als akutem Infektionsfall. War die Hepatitis C-Behandlung bisher mit einem ganzheitlichen Blick auf das körperliche Befinden der PatientInnen verbunden, so führt die zielgerichtete Behandlung durch DAAs, die das Reproduktionsverhalten des HC-Virus direkt beeinflussen, zu einer Verengung des Behandlungsfokus auf den Virus an sich. DAAs haben also den zeitlichen Charakter der Krankheit mitverändert (HCV als akuter und kurzfristiger Notfall) sowie Fokus und Orientierung der Behandlung (Virus vor PatientIn).

### Schlussfolgerungen

Diese Ergebnisse relativieren nicht den Erfolg der „DAA-Revolution“, sondern verweisen vielmehr auf dadurch notwendig gewordene Korrekturen im Umgang mit HCV und bei der entsprechenden Schwerpunktsetzung im öffentlichen Gesundheitssystem. Werden DAAs gemeinhin als Panazee für HCV angesehen, so tun sich besonders im Präventionsbereich und bei der PatientInnenbetreuung neue und oft tiefgreifende Problembereiche auf. Über den konkreten Fall hinaus verweist das Hepatitis C-Beispiel auch auf grundlegende Herausforderungen im Public Health-Bereich angesichts der zunehmenden Bedeutung von Pharmazeutika bei der Behandlung und Betreuung von PatientInnen (Bell & Figert 2012). Bei ihrer Bewältigung kann etwa eine gemeinsame „Handels- und Handlungszone“ (Galison 1999) an der Schnittstelle von Medizinanthropologie und Public Health von Bedeutung sein: ein koordinierter Austausch, der die Unterschiede in Theorie, Methodik und Anschauungen produktiv zu nutzen weis.



## Stigmatisierung bei Ebola Überlebenden in Westafrika: Implikationen für Interventionen

**R. Kutalek;**

Medical University of Vienna, Vienna, Austria.

### Hintergrund

In der letzten großen Ebola Epidemie in Westafrika gab es nach Angaben der WHO 11.310 Todesfälle, etwa 10.000 Personen haben die Krankheit überlebt. Während der Epidemie waren viele Überlebende in der Behandlung und Pflege von Ebola-Erkrankten eingesetzt, sie halfen beim Training von Gesundheitspersonal und unterstützten Aufklärungskampagnen. Die Re-Integration von Ebola Überlebenden erweist sich aber als schwierig, weil viele von ihnen in den Familien, Gemeinschaften und am Arbeitsplatz stigmatisiert werden. Wir wollten in dieser Studie deshalb eruieren, welche Auswirkungen Stigmatisierung im Leben von Ebola Überlebenden konkret hat, welche Maßnahmen dagegen gesetzt werden, und was in zukünftigen Epidemien besonders berücksichtigt werden muss, um Stigmatisierung zu vermeiden.

### Methoden

Zwischen Februar 2015 und März 2016 führten wir in Liberia semi-strukturierte Interviews mit 26 erwachsenen Überlebenden. Mit allen wurden zumindest zwei Interviews in einem Abstand von etwa einem Jahr geführt, um zu erheben, was sich in dieser Zeitspanne verändert hat. Die Fragen waren sehr breit ausgerichtet und behandelten Aspekte des Krankheitserlebens ebenso wie die Zeit nach der Entlassung aus der Ebola Behandlung. Wir gingen bei unseren Fragen sehr behutsam vor und organisierten für die Interviewten im Bedarfsfall psycho-soziale Unterstützung. Die Interviews wurden audio-aufgezeichnet, transkribiert und mit Hilfe von atlas.ti kodiert und ausgewertet.

### Ergebnisse

Fast alle Interviewten hatten in unterschiedlichen Formen Stigmatisierung erlebt. Wir konnten feststellen, dass sich die Form der Stigmatisierung im Lauf der Zeit grundlegend veränderte. Während am Anfang der Genesung Überlebende oft mit „akuten Formen“ von Stigma und Diskriminierung konfrontiert waren, indem sie im Alltag gemieden wurden (sie durften etwa nicht auf den Markt gehen), erlebten Betroffene später eher „chronische Formen“ von Stigma, etwa indem sie indirekt gezwungen wurden, ihre Häuser zu verlassen. Manche Überlebenden reagierten mit sozialem Rückzug, andere konfrontierten ihre Familien oder Gemeinschaften offen und direkt. Überlebende berichteten auch von sehr positiven Erlebnissen in ihren sozialen Netzwerken.

### Schlussfolgerungen

Der Umgang mit Überlebenden wird unter anderem davon geprägt, wie Public Health Maßnahmen transportiert werden, konkret, wie positiv oder negativ (angstbesetzt) Informationen vermittelt werden. Zentral ist auch die nachhaltige psycho-soziale Unterstützung von Überlebenden und das öffentlich machen von Stigmatisierung.

## Spende oder Ware? Zur Bioökonomie der Blutspende auf den Philippinen

**B. Hadolt;**

Institut für Kultur- und Sozialanthropologie, Wien, Austria.

### Hintergrund

Blut ist als Medikament seit vielen Jahrzehnten unverzichtbarer Teil biomedizinischer Gesundheitsleistungen. Um die klinische Verfügbarkeit von Blutprodukten in genügender Quantität und Qualität sicher zu stellen, haben staatliche Gesundheitsfürsorgesysteme rund um die Welt verschiedenartige Blutübertragungsregime entwickelt. Dabei werden im Wesentlichen Regime, in denen Blut als Ware behandelt wird und eine finanzielle Renumeration der „SpenderInnen“ vorgesehen ist, von Regimen unterschieden, die Blut als altruistische, freiwillige und unentgeltliche Spende konzeptualisieren. Nicht zuletzt aus Gründen der PatientInnensicherheit hat sich in vielen Ländern das (auch von der WHO nachdrücklich empfohlene) Spendensystem gegenüber dem Warensystem durchgesetzt. Allerdings wird eine solche binäre Gegenüberstellung von Blut als Spende versus Blut als Ware den in vielen Ländern (inklusive Österreich) real existierenden Bioökonomien rund um Blutübertragung nicht gerecht, da diese in realiter um einiges komplexer verfasst sind.

### Methoden

Auf Basis empirischer Daten, die ich im Rahmen ethnographischer Feldforschung zwischen 2016-2017 auf den Philippinen erhoben habe, setzt sich dieser Beitrag mit den vielfältigen Überschneidungen jener Tauschsphären, in die die Beschaffung und Distribution von Blut eingebunden ist, auseinander und fragt nach deren Konsequenzen für das philippinische Blutübertragungssystem.

### Ergebnisse

Die philippinischen Gesundheitsbehörden favorisieren seit den 1990er Jahren ein System, das auf dem freiwilligen und unentgeltlichen Spenden von Blut basiert. Da allerdings die verfügbare Menge an Blutkonserven dem steigenden Bedarf an Blutprodukten kaum nachkommt, besteht ein vielfacher Mangel an Blutprodukten. Dieser trägt dazu bei, dass der politisch gewollte Wechsel vom früheren kommerziellen System der Blutgewinnung hin zu einem spendenbasierten in der Praxis bislang nur bedingt erfolgte und in der Praxis beide Tauschlogiken nebeneinander existieren. Der Beitrag stellt vor dem Hintergrund unterschiedlicher Regionalkontexte die vielfältigen Strategien der betreffenden Blutspendeinstitutionen dar, mit dieser Situation umzugehen.

### Schlussfolgerungen

Ich argumentiere, dass die verschiedenen Tauschlogiken und deren Konsequenzen für die betreffenden sozialen Praxen verstanden werden müssen, um Politiken entwickeln und implementieren zu können, die den lokalen ökonomischen, politischen und soziokulturellen Gegebenheiten gerecht werden.



## Management von Thalassaemie auf den Malediven

**E. Knoll;**

*Institut für Sozialanthropologie, ÖAW, Wien, Austria.*

### Hintergrund

Es ist kaum bekannt, dass die Bevölkerung der Malediven mit der weltweit höchsten Verbreitungsrate von beta-Thalassämie konfrontiert ist. Diese autosomal-rezessiv vererbte Erkrankung beeinträchtigt die Hämoglobinproduktion. Die schwerste, homozygote Ausformung ( $\beta$ -Thalassämie Major) resultiert in lebenslanger Transfusionsbedürftigkeit und führt unbehandelt bereits im frühen Kindesalter zum Tod. Seit 1988 wurden in der Hauptstadt Male Public Health Strategien zur Behandlung und Prävention entwickelt. Rund zwei Drittel der maledivischen Bevölkerung leben allerdings in 187 kleinen Inselgemeinden, die oft als eine mehr oder weniger abgelegene Gesundheitsperipherie erlebt werden.

### Methoden

Die medizinanthropologische Feldforschung ist die geeignete Methode, um die verschiedenen Strategien, Praktiken und Erfahrungen unterschiedlicher Akteure vor Ort, auf den abgelegenen Inseln, zu untersuchen. Die komplexen Interaktionen von Natur (Gene, Geographie) und Kultur (Infrastruktur, soziale Akteure) im Management von Thalassämie werden in den Blick genommen.

### Ergebnisse

Am Beispiel der Thalassämie Prävention erläutert dieser medizinanthropologische Beitrag die geographischen und sozialen Herausforderungen und Dynamiken in der Organisation ‚genetischer Verantwortung‘ (Novas & Rose 2000) im maledivischen Archipel.

### Schlussfolgerungen

Mobilität, eine Dezentralisierung von Behandlungs- und Präventionsstrategien, sowie die Koordination der Aktivitäten heterogener Akteure, v.a. jener von staatlichen Einrichtungen und NGOs, sind als Eckpfeiler eines verteilungsgerechten Thalassämie Managements im Archipel unerlässlich.

## Wie kann die Medizinanthropologie die gesundheitliche Versorgung von MigrantInnen in Österreich unterstützen? - Erfahrungen aus dem EUR-HUMAN Projekt

**E. Jirovsky;**

*Medizinische Universität Wien, Abtl. für Allgemein- und Familienmedizin, Wien, Austria.*

Im Projekt EUR-HUMAN (European Refugees - Human Movement and Advisory Network; HP-HA-2015) wurden unter Flüchtlingen und in die Betreuung involvierte Gesundheitsarbeiter/innen die Gesundheitsbedürfnisse, die sozialen Probleme, Erfahrungen und Erwartungen von gerade angekommenen Migrantinnen, sowie möglichen Barrieren im Zugang zu Gesundheitsversorgungs- und Sozialeinrichtungen im Zielland erhoben. In dem neuen Aufenthaltsort ist plötzlich alles Vertraute, die eigene Sprache, das gewohnte Umfeld, das Essen, die Bezugspersonen, nicht mehr vorhanden. Es werden die ersten Schritte in einer Umgebung gemacht, die oft neu und seltsam erscheint. Auch unser Gesundheitssystem und die hier üblichen medizinischen und administrativen Abläufe sind den Neuankömmlingen noch nicht vertraut und stellen eine neue Herausforderung dar. So kann es passieren, dass es Schwierigkeiten gibt, die Gesundheitsbedürfnisse mitzuteilen und es kann zu Missverständnissen zwischen Ärztin und Patientin kommen. Ein Online-Kurs für Hausärzte und -ärztinnen war die zentrale Intervention des EUR-HUMAN Projekts, bei der die Medizinanthropologie beitragen konnte, Problemlösungsvorschläge und Tipps für die Praxis in Bezug auf einige der o.g. Themen geben zu können.



## Psychometric properties of the German OxCAP-MH, a multi-dimensional capability instrument for outcome measurement in mental health

A. Laszewska<sup>1</sup>, E. Leutner<sup>2</sup>, M. Oberrauter<sup>2</sup>, M. Schwab<sup>3</sup>, G. Spiel<sup>3,2</sup>, J. Simon<sup>1,4</sup>;

<sup>1</sup>Department of Health Economics, Center for Public Health, Medical University of Vienna, Wien, Austria, <sup>2</sup>pro mente Kärnten, Klagenfurt, Austria, <sup>3</sup>pro mente Forschung, Klagenfurt, Austria, <sup>4</sup>Department of Psychiatry, University of Oxford, Oxford, United Kingdom.

### Background

Mental health conditions affect aspects of people's life that are often not captured in commonly used health-related quality of life outcome measures. The OxCAP-MH questionnaire was developed in the UK to overcome these limitations. OxCAP-MH is a multi-dimensional instrument based on a list of ten essential human capabilities proposed by Nussbaum. After the original English version, a linguistically and culturally validated German version of the OxCAP-MH is now available for use in German-speaking countries. The objective was to assess the psychometric properties of the German OxCAP-MH and its potential for use in health services research.

### Methods

Sample comprised of Austrian patients receiving regular care in social-psychiatric services in Carinthia. Baseline and 6-month follow-up data were obtained for the OxCAP-MH and other routinely used instruments including patient-reported questionnaires EQ-5D-5L/VAS, BSI-18, WHOQOL-BREF, WHO-DAS 2.0, and relevant observer-rated instruments Mini-ICF and GAF. Reliability, validity and sensitivity to change of the German OxCAP-MH was assessed.

### Results

Complete data for the OxCAP-MH at baseline were available for 159 patients. Good internal consistency (Cronbach's alpha 0.85), item-total correlations (0.29-0.61) and test-retest analysis (ICC 0.80) proved reliability of the German OxCAP-MH. Construct validity of the instrument was confirmed by strong correlations with the generic quality-of-life (QoL) measures including EQ-5D-5L (utilities 0.65, VAS 0.58), a disability assessment schedule WHO-DAS (-0.73) and mental health specific instruments such as the BSI-18 (-0.65) and Mini-ICF (-0.51). Moderate correlation with GAF (0.37) was observed. OxCAP-MH could distinguish between patients with different levels of QoL with the mean score (range 0-100) of 37.20 and 80.21 for 'very poor' and 'very good' QoL. In terms of the sensitivity to change, German OxCAP-MH was able to detect patients who improved, according to changes in the other outcome measures.

### Conclusions

Study showed good psychometric properties of the German OxCAP-MH questionnaire indicating its ability to measure patients' broader wellbeing beyond health-related quality of life and psychological and social functioning. Results suggest a great potential for implementation of this instrument in clinical and health economic research in German-speaking countries.

## Parallel Session IVb

### Evidence Based Decision Making





## Metaanalysen zur Beantwortung komplexer Fragestellungen: Eine systematische Übersichtsarbeit zu Metaanalysen auf Basis von Strukturgleichungsmodellen

**R. Emprechtinger;**

Ludwig Boltzmann Institut für HTA, Wien, Austria.

### Hintergrund

Konventionelle Metaanalysen werden verwendet um univariate Zusammenhänge zu untersuchen. Sie versuchen in der Regel die Frage zu beantworten, ob eine Intervention einen Effekt auf einen bestimmten Outcome hat. Sind mehrere Outcomes oder mehrere Kontextfaktoren von Interesse werden mehrere Metaanalysen berechnet. Dadurch kommt es erstens zu einer Alphafehler-Kumulierung und zweitens werden partielle Korrelationen nicht berücksichtigt. Somit sind konventionelle Metaanalysen nicht zur Beantwortung komplexer Fragestellungen geeignet. Die rezente Forschung hat gezeigt, dass Metaanalysen in das Strukturgleichungsmodell-Framework integriert werden können. Strukturgleichungsmodelle ermöglichen die Auswertung komplexer Fragestellungen. Diese systematische Übersichtsarbeit evaluiert die bestehende Literatur zu Metaanalysen auf Basis von Strukturgleichungsmodellen.

### Methode

Eine systematische Literatursuche nach Metaanalysen auf Basis von Strukturgleichungsmodellen wurde in Google-Scholar, Pubmed und Web of Science durchgeführt. Eingeschlossen wurden Studien, die dieses Verfahren anwendeten aber auch Methodenartikel sowie Kommentare, Guides und Softwarebeschreibungen. Ausgeschlossen wurden Konferenz-Abstracts, Studienprotokolle und veraltete Softwarebeschreibungen. Extrahiert wurden unter anderem Kennwerte der Studien (z.B. Anzahl, der in der Metaanalyse berücksichtigten Variable, Relationen und Individuen), Kritik an dem Verfahren sowie die verwendete Software.

### Ergebnisse

Die systematische Suche führte nach Deduplikation zu 653 Treffern. Letztendlich erfüllten 61 Artikel die Einschlusskriterien. Der Einsatz dieses neuen Verfahrens nimmt exponentiell zu. Die Einbettung von Metaanalysen in das Strukturgleichungsmodell-Framework ermöglicht die Berechnung unterschiedlicher Verfahren wie zum Beispiel Netzwerk-Metaanalysen, Mehrebenenmetaanalysen oder Metaanalytische-Faktorenanalysen. Ergebnisse aus Simulationsstudien zeigen, dass Metaanalysen auf Basis von Strukturgleichungsmodellen vorteilhaft gegenüber konventionellen Metaanalysen bei der Auswertung komplexer Fragestellungen sind und für univariate Fragestellungen eine vergleichbare Genauigkeit aufweisen.

### Schlussfolgerungen

Metaanalysen auf Basis von Strukturgleichungsmodellen sind zur metaanalytischen Auswertung komplexer Fragestellungen geeignet. Außerdem können sie eine Antwort auf wichtige Kritikpunkte konventioneller Metaanalysen darstellen: „Mixing Apples and Oranges“ nimmt beispielsweise Bezug darauf, dass unterschiedliche Studienfaktoren nicht hinreichend berücksichtigt werden können. Mittels dem Strukturgleichungsmodellansatz kann der Effekt von Äpfeln und Orangen (oder sogar Birnen!) statistisch modelliert werden.

## Prognose der Krebsprävalenz bis 2030. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.

**M. Hackl, A. Hanika, J. Klotz;**

Statistik Austria, Guglgasse 13, 1110 Wien.

### Hintergrund

Die Belastung der österreichischen Bevölkerung durch Krebserkrankungen ist, neben dem Erkrankungsrisiko, stark von der Alterung der Bevölkerung abhängig. Wissen über die zukünftigen Entwicklungen ist nötig, um Ressourcen für Vorsorge, Diagnose und Therapie optimal einzusetzen zu können. Nach der Prognose der Krebsinzidenz und Krebsmortalität bis 2030 (Neuerkrankungs- und Sterbefälle) wurde die Krebsprävalenz bis 2030 prognostiziert. Damit sind nun Daten zu den zukünftig mit der Diagnose Krebs lebenden Personen verfügbar.

### Methoden

Die Basisdaten zu den krebserkrankten Personen stammen aus dem Österreichischen Nationalen Krebsregister (Stand vom 15.11.2016). Zur Krebsprävalenz zählen alle Personen bzw. auf Lokalisationsebene alle Tumoren von Personen, deren letzte Diagnose nach 1983 gestellt wurde und die zum Referenzzeitpunkt 31.12.2014 noch am Leben waren. Die Prognose der Krebsprävalenz bis 2030 wird mittels Kohorten-Komponenten-Methode berechnet und auf die Hauptvariante der Bevölkerungsprognose 2016 von Statistik Austria kalibriert. Darüber hinaus wurden die prognostizierten Krebsneuerkrankungen für die Jahre 2015-2030 (Prognose der Krebsinzidenz) verwendet. Es wird bei der Prognose zwischen Personen ohne Tumor, Personen mit genau einem Tumor und Personen mit zwei oder mehreren Tumoren unterschieden. Die Prognose erfolgt für 16 Gruppen von Krebsentitäten.

### Ergebnisse

Die Zahl der an Krebs erkrankten Personen wird bis 2030 gegenüber 2014 um 39% steigen. Die Zunahme der Krebsprävalenz setzt damit den Trend seit der Jahrtausendwende fort: Im Jahr 2000 lag die Krebsprävalenz in Österreich bei rund 191.200 Personen (2,4% der Bevölkerung), 2014 bei rund 329.200 Personen (3,8%), für 2030 werden rund 457.700 Personen prognostiziert. Zum 31.12.2030 werden damit bereits 4,9% aller in Österreich lebenden Personen an Krebs erkrankt sein.

### Schlussfolgerungen

Die zukünftige Entwicklung der Krebsprävalenz wird von drei Faktoren beeinflusst:

- Die demographische Alterung führt zu einem Anstieg der Krebsprävalenz, da Krebserkrankungen vorrangig im fortgeschrittenen Lebensalter auftreten.
- Entwicklungen im individuellen Neuerkrankungsrisiko verlaufen zum Teil in unterschiedliche Richtungen. Über alle Entitäten zusammen betrachtet wird das individuelle Erkrankungsrisiko in Zukunft aber rückläufig sein, was den demographisch bedingten Anstieg der Krebsprävalenz bremst.
- Darüber hinaus verbessern sich durch den medizinischen Fortschritt die Überlebenschancen der an Krebs erkrankten Personen, was wiederum für sich genommen zu einem Anstieg der Krebsprävalenz führen wird.

Aus gesundheitspolitischer Sicht wird aus dem Zusammenspiel der drei Faktoren klar, wie wichtig Präventionsmaßnahmen sind.



## Bundesweite Selbsthilfeorganisationen in Österreich: Wer ist das und wie kann man sie unterstützen?

D. Rojatz<sup>1,2</sup>, P. Nowak<sup>1</sup>, G. Braunegger-Kallinger<sup>2</sup>;

<sup>1</sup>Gesundheit Österreich, Wien, Austria, <sup>2</sup>Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe, Wien, Austria.

### Hintergrund

Selbsthilfegruppen und -organisationen werden zunehmend in die Gesundheitsversorgung und -politik integriert. Insbesondere auf Bundesebene erfolgt dies bisher weitgehend ohne systematische Unterstützungsstrukturen für bundesweite Selbsthilfeorganisationen. Daher wurde auf Initiative des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, dem Fonds Gesundes Österreich und Selbsthilfevertretern ein Konzept zur öffentlichen Förderung der Selbsthilfe entwickelt. Als Begleitmaßnahme wurde eine Bestands- und Bedarfserhebung unter bundesweiten Selbsthilfeorganisationen durchgeführt.

### Methoden

Bundesweite Selbsthilfeorganisationen wurden in einschlägigen Verzeichnissen recherchiert und zur Teilnahme an einer Online-Befragung eingeladen. 63 Selbsthilfeorganisationen nahmen Teil. Die Ergebnisse wurden deskriptiv ausgewertet.

### Ergebnisse

Die Recherche nach bundesweiten Selbsthilfeorganisationen ergab rund 160 potentiell bundesweit-tätige Selbsthilfeorganisationen. Bundesweite Selbsthilfeorganisationen, welche an der Erhebung teilgenommen haben, zeichnen sich durch eine große Heterogenität (u. a. bezüglich Größe, Bestandsdauer) und eine Vielfalt an Aktivitäten aus. Auf Basis der Erhebungsergebnisse lässt sich eine „typische“ bundesweite Selbsthilfeorganisation (anhand der Median-Ergebnisse der Erhebung) wie folgt charakterisieren: Sie besteht seit 18 Jahren und weist einen Rechtsstatus (Verein) mit zumeist Einzelpersonen als Mitgliedern auf und engagiert sich im Bereich einer somatischen Erkrankung. Im Median sind in ihr 850 Personen - zumeist Betroffene/Angehörige - organisiert. Sie hat Mitglieder bzw. Subgruppen in allen Bundesländern. Sie agiert österreichweit und vertritt Interessen auf Bundesebene. Zu ihren priorisierten Aktivitäten gehören insbesondere die direkte Unterstützung von Betroffenen bzw. Angehörigen sowie Öffentlichkeitsarbeit gegenüber der Bevölkerung. Interessenvertretung ist dagegen bisher eher ein nachrangiges Aktivitätsfeld.

Erhoben wurde des Weiteren der finanzielle und organisatorische Unterstützungsbedarf von bundesweiten Selbsthilfeorganisationen. Organisatorisch erachten die befragten Selbsthilfeorganisationen insbesondere Öffentlichkeitsarbeit über die Möglichkeiten und Grenzen von Selbsthilfeorganisationen, die Abwicklung von Förderungen und die Entwicklung von Konzepten zur Kooperationsförderung für sehr wichtig.

### Schlussfolgerungen

Erstmals wurde für Österreich eine spezifische Erhebung bundesweiter, themenbezogener Selbsthilfeorganisationen durchgeführt, welche eine erste Charakterisierung von bundesweiten Selbsthilfeorganisationen ermöglichte. Die Ergebnisse der Bedarfserhebung flossen in die Entwicklung und Konzeptualisierung der Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe ein. Diese wurde zur Unterstützung bundesweiter Selbsthilfeorganisationen und von Patientenbeteiligung am Fonds Gesundes Österreich eingerichtet. Zu ihren Aufgaben zählt die Abwicklung der finanziellen Förderung für bundesweite Selbsthilfeorganisationen, die Organisation von Informations- und Dialogveranstaltungen sowie das Sammeln und Bereitstellen von Wissen zu Selbsthilfe und Patientenbeteiligung.

## Monitoring population health in Austria - introducing a new Public Health Monitoring Framework

R. Griebler;

Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Austria.

### Background

Population health and welfare depend on continuous and informative health monitoring programmes as a crucial part of a well-performing public health system. Based on aggregated data collected on individuals, conclusions can be drawn about the health status and determinants of defined populations. The Austrian Public Health Institute (Gesundheit Österreich GmbH) is regularly commissioned by the health ministry to identify, surveille and report on health indicators thus providing a basis for health-related political decision-making. There was a need to harmonize national strategies and make indicators compatible.

### Objective and method

The objective of this project was to develop a framework which systematizes relevant health determinants and differentiates between individual and societal health determinants with a strong orientation towards the latter, including social equity. Well established health science models (e.g. health behaviour, stress, quality of life and environmental models) have been synthesized in a literature review between 2013 and 2014.

### Results

As a result, a new Public Health Monitoring Framework (PHMF) was proposed. Applying the PHMF allows to link health monitoring to health in all policies. Following the setting approach, all segments of the PHMF may be looked at considering different settings and according to the health in all policies approach, may equally be addressed with specific policy sectors (education, family, environment, health, economy etc.). Compared to other frameworks, the PHMF allows differentiated and concrete monitoring and addresses various levels, as for instance psychogenic factors.

### Conclusions

Initial applications of the PHMF have proven to be of use to get a better understanding of the impact of determinants on health. Although it's clear systematics, the PHMF is highly flexible thus allowing contextual overlapping. The Public Health Monitoring Framework (PHMF) allows structured monitoring of population health and its determinants. Moreover it may serve as the basis for intervention planning.



## Angemessenheit der MRT-Nutzung in Österreich

R. Emprechtinger, C. Wild;

Ludwig Boltzmann Institut für HTA, Wien, Austria.

### Hintergrund

Der übermäßige Einsatz von medizinischen Verfahren ist mit erhöhten Kosten und auch mit negativen Auswirkungen auf PatientInnen verbunden. Letzteres wird nicht allein durch den Zeitaufwand, den jede Untersuchung oder Behandlung mit sich bringt, sondern auch durch potentielle gesundheitsschädigende Effekte sowie falsch positiven Befunden und Überdiagnosen verursacht. Österreich ist im Vergleich mit anderen OECD Nationen im Spitzenfeld bei der Anzahl der MRT Untersuchungen. Dennoch gibt es eine Diskussion über zu lange Wartezeiten, aufgrund zu geringer Kapazitäten. Es stellt sich somit die Frage der Angemessenheit der MRT Nutzung in Österreich.

### Methoden

Zur Bewertung der Angemessenheit der MRT Nutzung in Österreich haben wir einen multimodalen Ansatz gewählt. Zuerst wurden Leitlinien zur Nutzung der MRT evaluiert. Anschließend identifizierten wir Methoden zur Bewertung der Angemessenheit im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit. In weiterer Folge, wurde eine Methodenkombination an Daten aus Österreich angewendet. Hierbei wurden regionale Unterschiede in der Nutzung der MRT der unteren Extremitäten aufbereitet und dargestellt. Zusätzlich prüften wir, ob die Nutzungsraten in Verbindung mit der Anzahl an Kniegelenkersätzen steht. Die Nutzungsraten der MRT in der OECD wurden abschließend zu einem internationalen Gesundheitsindikator in Verbindung gesetzt.

### Ergebnisse

Insgesamt hat sich gezeigt, dass Leitlinienempfehlungen aus Österreich weniger restriktiv sind. Die Nutzungsraten der MRT untere Extremitäten unterscheiden sich von Bezirk zu Bezirk. So verzeichnet der Bezirk mit der niedrigsten Nutzung 5,28 Untersuchungen pro 1000 Einwohner und der Bezirk mit der höchsten Nutzung 28,18 Untersuchungen pro 1000 Einwohner (alters und geschlechtsstandardisiert). Außerdem konnte festgestellt werden, dass sich die Nutzungsraten der Bezirke innerhalb eines Bundeslandes ähnlicher sind als zwischen den Bundesländern. 54 % der Variation der Nutzungsraten können durch die Bundesländer erklärt werden. Der Zusammenhang der Nutzung der MRT untere Extremitäten zu Kniegelenkersätzen schwankte in Abhängigkeit vom Bundesland. Eine vermehrte MRT Nutzung steht nicht in Verbindung mit der Versorgungsqualität.

### Schlussfolgerungen

Bis auf lange Wartezeiten, konnten keine Hinweise für unzureichende MRT-Kapazitäten gefunden werden. Deutliche regionale Unterschiede, sowie ein fehlender Zusammenhang zur Versorgungsqualität sprechen für eine unangemessene Nutzung der MRT in Österreich. Die regionalen Unterschiede könnten teilweise durch unvollständige Datenaufzeichnung erklärt werden. Ein unangemessener Einsatz der MRT bei bestimmten Indikationen kann für einen Versorgungsmangel bei anderen Indikationen verantwortlich sein.

## Cochrane Evidenz für alle im deutschen Sprachraum

B. Nussbaumer-Streit<sup>1</sup>, A. Puhl<sup>2</sup>, A. Borchard<sup>3</sup>, I. Töws<sup>2</sup>, C. Bollig<sup>2</sup>, E. von Elm<sup>3</sup>, J. Meerpohl<sup>2</sup>, G. Gartlehner<sup>1</sup>;

<sup>1</sup>Cochrane Österreich, Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie, Donau-Universität Krems, Krems an der Donau, Austria, <sup>2</sup>Cochrane Deutschland Stiftung, Freiburg, Germany, <sup>3</sup>Cochrane Schweiz, Bern, Switzerland.

### Hintergrund

Cochrane verfolgt seit über 20 Jahren das Ziel Entscheidungen im Gesundheitswesen zu verbessern. In Cochrane Reviews werden die besten wissenschaftlichen Studien zu einer Fragestellung kritisch zusammengefasst, um eine ausgewogene Grundlage für gesundheitsrelevante Entscheidungen zu schaffen. Diese Reviews sind in englischer Sprache verfasst. Für Personen, die nicht im Wissenschaftsbereich tätig sind, stellt Englisch jedoch oft eine Barriere dar. Nur 15% der HausärztInnen in Deutschland nutzen englischsprachige Fachartikel, 64% hingegen lesen deutschsprachige Publikationen (1). In Österreich hat jeder Vierte Schwierigkeiten sich auf Englisch zu unterhalten - vom Lesen wissenschaftlicher Publikationen ganz zu Schweigen (2). Um Personen im deutschen Sprachraum niederschweligen Zugang zu unabhängigen, evidenzbasierten Informationen zu geben, haben die Cochrane Zentren aus Österreich, Deutschland und der Schweiz gemeinsame Initiativen gestartet.

### Beschreibung des Projekts

Wir nutzen vier Kanäle um Cochrane Evidenz auf Deutsch zu verbreiten: 1) Cochrane Kompakt umfasst die Übersetzungen der laienverständlichen Zusammenfassungen von Cochrane Reviews. Diese sind kostenfrei im Internet für jeden zugänglich; 2) Wissenwaswirkt.org ist unser deutschsprachiger Blog auf dem wir zum einen Cochrane Evidenz in einfach verständliche Texte packen, zum anderen auch Methoden der evidenzbasierten Medizin aufbereiten; 3) Twitter und Facebook; 4) Webseiten unserer Cochrane Zentren sowie regelmäßige Newsletter.

### Evaluation

Wir evaluieren den Einfluss unserer Aktivitäten via Google analytics, Twitter analytics und Facebook Insight. Bis Februar 2018 veröffentlichten wir 1.417 übersetzte Zusammenfassungen von Cochrane Reviews auf Cochrane Kompakt. Im Jahr 2017 gab es 242.440 Zugriffe auf Cochrane Kompakt. Von Mai 2015 bis Februar 2018 posteten wir 136 Blogbeiträge. Laut Google Analytics erreichte unser Blog im Jahr 2017 bis zu 6.500 BesucherInnen im Monat. Auf Twitter posten wir über die nationalen und einen Wissenwaswirkt Account mehrmals wöchentlich. Insgesamt haben alle vier Accounts über 2500 Follower.

### Schlussfolgerung

Die internationale Zusammenarbeit ermöglicht uns, mehr deutschsprachige Texte zu verfassen und Synergien zu nutzen. Mit den unterschiedlichen Kanälen zielen wir auf unterschiedliche Zielgruppen ab und hoffen so evidenzbasierte Informationen im deutschen Sprachraum sowohl an Entscheidungsträger im Gesundheitsbereich als auch an die breite Öffentlichkeit zu bringen.

### Referenzen

(1) Lang B, Zok K (2017) Informationsbedürfnisse und -verhalten von Hausärzten. WidoMonitor, 1. (2) Special Eurobarometer 386 (2012) Europeans and their languages, URL: [http://ec.europa.eu/comm-frontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs\\_386\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/comm-frontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_386_en.pdf) letzter Zugriff: 27.02.2018.

**Parallel Session IVc**  
Versorgung







## England vs. Österreich: Der Vergleich zweier gegensätzlicher Gesundheitssysteme anhand von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2

**F. L. Stigler;**

Med Uni Graz, Graz, Austria.

### Hintergrund

Die Anzahl der Krankenhaus-Aufnahmen aufgrund von Diabetes mellitus Typ 2 (DM2) ist in Österreich etwa fünfmal höher als in England. Ziel dieser Studie war es Hypothesen zu generieren, die diesen Unterschied erklären können.

### Methoden

In Österreich und England wurde jeweils eine Fallstudie („rapid health system appraisal“) durchgeführt und die Ergebnisse aus beiden Ländern daraufhin miteinander verglichen. Das „mixed-method“ Studiendesign umfasste insgesamt 30 qualitative Interviews, 23 Dokumentenanalysen und eine Auswertung von Sekundärdaten.

### Ergebnisse

Unterschiede bezüglich der Struktur, der Prozesse und der Ergebnisse der Versorgung von Patienten mit DM2 können die unterschiedliche Rate an Krankenhaus-Aufnahmen erklären.

Struktur. Verglichen mit England basiert die Versorgung in Österreich auf vielen Krankenhäusern (und Fachärzten) sowie wenigen Hausärzten (meist ohne Pflegefachkräften). Dies deutet darauf hin, dass eine angebotsinduzierter Nachfrage durch Krankenhäuser und eine unzureichender personeller Kapazität der Primärversorgung vorliegt.

Prozesse. Im Gegensatz zu England fehlen in der österreichischen Primärversorgung Maßnahmen, die eine proaktive, qualitative Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen ermöglichen. Dazu zählen Patientenlisten, Diagnose-Kodierung, Erinnerungssysteme, Versorgungs- und Betreuungsplanung, Qualitäts-Audits, „significant event audits“ und leistungsorientierte Finanzierungsmodelle. Daraus resultiert, dass Hausärzte die Anzahl ihrer Patienten mit DM2 nicht kennen und nicht wissen wie viele von ihnen die Versorgung erhalten, die sie benötigen. Für neun evidenzbasierte klinische Qualitätsstandards (z.B. regelmäßige Blutdruckkontrollen oder Augenuntersuchungen) standen Daten aus beiden Ländern zur Verfügung, durchschnittlich wurden in Österreich 43% und in England 91% dieser Versorgungsprozesse erfüllt.

Ergebnisse. DM2-bezogene Amputation der unteren Extremität (über dem Knöchel) sind in Österreich dreimal häufiger als in England; DM2-bezogene Nierenersatztherapien sind 40% häufiger; andere klinische Endpunkte ließen sich aufgrund unzureichender Datenqualität nicht vergleichen.

Ursachen der Ursachen. Die Beobachtungen in Österreich sich durch fehlende Steuerungsmöglichkeiten (aufgrund der dualen Finanzierung und der Abwesenheit eines Stakeholders mit echten Entscheidungsbefugnissen) und durch den fehlenden Änderungswunsch (aufgrund des geringen Problembewusstseins und der Abwesenheit einer gemeinsamen Vision) erklärbar.

### Schlussfolgerungen

Das Gesundheitswesen in England hat sich im Laufe der Jahrzehnte an die steigenden Bedürfnisse durch Patienten mit chronischen Erkrankungen angepasst, was in Österreich nicht der Fall war. In Österreich erhalten die meisten Patienten mit DM2 nicht die Versorgung, die sie benötigen und vermeidbare Komplikationen treten vermehrt auf.

## Evaluation der Umsetzung ärztlicher und pflegerischer Versorgungsleitlinien und Expertenstandards für die multimodale demenzspezifische Patientenversorgung im ambulanten Setting: ein internationaler Vergleich zwischen Deutschland und der Schweiz

**A. Feldmann<sup>1</sup>, C. Apfelbacher<sup>2</sup>, M. Eberlein-Gonska<sup>3</sup>;**

<sup>1</sup>Doktorantin TU Dresden, München, Germany, <sup>2</sup>Universität, Regensburg, Germany, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden, Germany

### Hintergrund und Zielsetzung

Es ist sowohl für die Akteure der ambulanten (allgemein-) medizinischen Versorgung als auch Pflege bei demenziellen Erkrankungen nicht ausreichend untersucht, inwiefern strukturierte Entscheidungshilfen im medizinischen und pflegerischen Alltag berücksichtigt werden. Ziel dieser Studie ist es, die Sichtweisen von von Experten aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich in Bezug auf Versorgungsleitlinien und Expertenstandards zu explorieren.

### Methodik

In Deutschland und der Schweiz wurden unter Verwendung eines Interviewleitfadens 20 Experteninterviews mit Vertretern aus ärztlichen und pflegerischen Bereichen im Bereich der Demenzversorgung durchgeführt. Die Interviews wurden digital aufgenommen und verbatim transkribiert. Nach umfangreicher Codierung des Interviewmaterials wurden Kategorien und Hauptkategorien gebildet.

### Ergebnisse

Es wurden 36 Kategorien gebildet, die wiederum in 6 Hauptkategorien zusammengefasst wurden: 1. Einstellung, 2. Implementierung, 3. Patientenorientierung, 4. Praxisnähe, 5. Evidenzbasiertes Verfahren und 6. Strukturmerkmal. Insgesamt lassen sich drei Typisierungen der Akzeptanz von Leitlinien und Expertenstandards unterscheiden: 1. Leitlinien und Expertenstandards sind hilfreich, 2. Leitlinien und Expertenstandards werden für das Krankheitsbild „Demenz“ nicht benötigt sowie 3. Umsetzung Leitlinien und Expertenstandards fördern. Sowohl der ärztliche als auch der pflegerische Sektor beurteilt systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für das angemessene ärztliche sowie pflegerische Vorgehen ambivalent und skeptisch. Die Grundlage für eine gemeinsame und informierte Entscheidungsfindung von Ärzten, professionell Pflegenden und Patienten findet noch nicht vollumfänglich statt (mangelnde Patientenpartizipation). Die Befragten waren bereit, sich mit dem Thema der evidenzbasierten und konsensusunterstützten strukturierten Entscheidungshilfen substantiell auseinanderzusetzen.

### Diskussion und Ausblick

Eine wichtige Voraussetzung zur Weiterentwicklung der ärztlichen Leitlinien und pflegerischen Expertenstandards stellt die Anpassung an die jeweiligen Herausforderungen und Bedingungen des Versorgungsalltags im ambulanten Setting dar. Das Forschungsvorhaben hat aufgezeigt, dass die ärztlichen Leitlinien zu demenziellen Erkrankungen im ambulanten Setting konkretere, an den spezifischen Belangen des multimorbiden polymedizierten älteren Patienten ausgerichtet werden sollten. In diesem Zusammenhang wird auf die grundsätzliche Frage der Gewichtung einzelner Prozeßstandards und Qualitätskriterien sowie die Möglichkeit der Unterteilung in Mindest- und Maximalstandards hingewiesen.



## Gesundheitskompetente PatientInnen - Ergebnisse einer qualitativen Erhebung unter oberösterreichischen ÄrztInnen

R. Birgmann;

Institut für Gesundheitsplanung, Linz, Austria.

### Hintergrund

Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, kritisch zu hinterfragen und für die eigene Lebenssituation anzuwenden. Um wissenschaftlich fundiert Gesundheitskompetenz-Interventionen planen und ausrichten zu können, ist es wichtig die Erfahrungen, Hoffnungen und Erwartungen von Ärztinnen und Ärzten rund um das Thema Gesundheitskompetenz zu kennen. Daher wurde das Institut für Gesundheitsplanung von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse und dem Land Oberösterreich mit diesem Forschungsauftrag betraut. Die Forschungsergebnisse sollen als Argumentationshilfe bei der Vermittlung der Bedeutung von Gesundheitskompetenz in Zusammenarbeit mit Ärztinnen/Ärzten und der Förderung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen/Patienten dienen.

### Methoden

Von Anfang August bis Mitte September 2017 wurden mit insgesamt 19 ÄrztInnen aus dem intra- und extramuralen Bereich leitfadengestützte Telefoninterviews durchgeführt. Die Interviews wurden aufgezeichnet und in einem weiteren Arbeitsschritt transkribiert. Danach wurde das Material einer inhaltlich-strukturierenden, qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen und die wesentlichen Themen und Inhalte in einem Ergebnisbericht zusammengefasst.

### Ergebnisse

Die befragte Ärzteschaft ist gesundheitskompetenten PatientInnen überwiegend sehr positiv eingestellt, da sich durch die Gesundheitskompetenz viele Vorteile im gesamten Behandlungsverlauf (Compliance, schnellere und erfolgreichere Behandlung) ergeben. Positive Auswirkungen von hoher Gesundheitskompetenz sehen viele auch beim Arzt-Patienten-Gespräch. Diese Gespräche sind detaillierter, zielgerichteter und von mehr Interaktion gekennzeichnet. Eine deutliche Mehrheit der Befragten ist der Meinung, dass das Arzt-Patienten-Gespräch mit gesundheitskompetenten PatientInnen länger dauert. Dies sei vor allem auf das größere Interesse und höhere interaktive Kompetenz dieser Personengruppe zurückzuführen. Außerdem begegnen sich ÄrztInnen und PatientInnen dabei auf einer anderen Kommunikationsebene – eher „auf Augenhöhe“. Aus Sicht einiger Befragter hat eine erhöhte Gesundheitskompetenz Auswirkungen auf das Rollenverständnis von ÄrztInnen und PatientInnen. Demnach kommt es zu einer Komplexitätserweiterung der PatientInnenrolle (v.a. durch verstärkte Interaktion und größere Entscheidungskompetenz) und ÄrztInnen finden sich häufiger in einer Begleiterrolle wieder. Eine hohe Gesundheitskompetenz von PatientInnen wird mehrheitlich positiv gesehen.

### Schlussfolgerungen

Die Ärzteschaft ist etwaigen Interventionen, mit welchen die Gesundheitskompetenz weiter gesteigert werden soll, positiv gegenüber eingestellt. Die Untersuchung liefert wichtige Erkenntnisse, um etwaige Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz planen und ausrichten zu können.

## Gesprächsqualität im Gesundheitswesen - Bedingungen eines Paradigmenwechsels

P. Nowak, M. Sator;

Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Austria

### Hintergrund

Für die Entwicklung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung wurde als zentraler Ansatzpunkt das persönliche Gespräch zwischen Gesundheitsfachkräften (insbesondere ÄrztInnen) identifiziert. Dies gilt nicht nur für die Koproduktion der Laien in ihrer eigenen Krankenbehandlung, sondern auch für Nutzung von Präventionsangeboten als auch für die Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils. Aus dieser Perspektive werden diese Interaktionen zu einem zentralen Ansatzpunkt für die Gesundheit der Bevölkerung und für bundesweite Public Health-Strategien. Davon ausgehend wurde bereits 2016 vom obersten Entscheidungsgremium im österreichischen Gesundheitswesen eine „Strategie zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung“ verabschiedet. Zwei Jahre später zieht dieser Beitrag ein Resümee über die gesetzten Umsetzungsschritte, deren bisherigen Ergebnisse und Lernerfahrungen für breit angelegte Veränderungsprozesse.

### Methoden

Die Analyse gesellschaftlicher Veränderungsprozesse kann sich nicht auf übliche empirische Forschungsmethoden stützen, sondern bedarf eines analytischen Rahmens, der die Beobachtung einmaliger Entwicklungen in komplexen, adaptiven Systemen erfassen kann. Im Bereich des Gesundheitswesens haben Holmes et al. auf Basis ihrer Analysen von diversen Reformprozessen (insbesondere in Kanada und UK) wesentliche Bedingungen für die erfolgreiche Umsetzung von Veränderungsstrategien identifiziert. Die Analyse der bisherigen Umsetzungsschritte zur Verbesserung der Gesprächsqualität nutzt die Ergebnisse von Holmes et al. um eine Einschätzung des bisherigen bundesweiten Prozesses zu versuchen und Bedingungen für großangelegte Veränderungsprozesse im österreichischen Gesundheitswesen zu identifizieren.

### Ergebnisse

Die Analyse zeigt, dass die sechs zentralen Veränderungsbedingungen für komplexe adaptive Systeme im Wesentlichen für die Verbesserung von Gesprächsqualität im österreichischen Gesundheitswesen berücksichtigt wurden:

1. Koproduktion von notwendigen Wissen zwischen Praxis, öffentlicher Verwaltung und begleitender Wissenschaft
2. Entwicklung von gemeinsamen Zielen und Interventionen durch die beteiligten Akteure (Bund, Länder, Sozialversicherung, Krankenbehandlungseinrichtungen etc.)
3. Entwicklung und Unterstützung von Führung über Organisationsgrenzen hinweg
4. Bereitstellung wesentlicher Ressourcen, auch wenn dies nur sehr eingeschränkt bisher möglich war
5. Prozessreflexion und Bereitstellung von Veränderungswissen durch die beteiligten Personen
6. Strategische Nutzung unterschiedlicher Kommunikationskanäle

### Schlussfolgerungen

Die Entwicklung der Gesprächsqualität in der österreichischen Krankenversorgung bietet ein Lernbeispiel für mögliche Erfolgsbedingungen von grundlegenden paradigmatischen Veränderungen im komplexen Zusammenspiel der unterschiedlichen Akteure und Ebenen des Gesundheitswesens und für Public Health Maßnahmen generell.



## Erwartungen der BürgerInnen an den gesundheitlichen Nutzen und Ablauf der österreichischen Vorsorgeuntersuchung

I. Sommer, V. Titscher, G. Gartlehner;

Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie, Krems, Austria.

### Hintergrund

Bis zum Jahr 2020 sollen evidenzbasierte Empfehlungen zur Überarbeitung der österreichischen Vorsorgeuntersuchung (VU) im Rahmen der primären Versorgung vorliegen. Da evidenzbasierte Empfehlungen nicht nur die Prüfung der wissenschaftlichen Fundiertheit bestehender Untersuchungen und Beratungen, sondern auch die Berücksichtigung der für BürgerInnen wichtige Werte und Präferenzen erfordern, bezieht die Überarbeitung auch erstmalig die Erwartungen der Bevölkerung bezüglich des gesundheitlichen Nutzens und Ablaufs der Vorsorgeuntersuchung ein.

### Methode

Es wurden insgesamt 3 Fokusgruppen mit einer Zufallsstichprobe an versicherten BürgerInnen, stratifiziert nach Alter, Geschlecht und Bildungsniveau, in Wien, Innsbruck und Graz durchgeführt. Die Fokusgruppen wurden aufgezeichnet, wörtlich transkribiert und nach der Thematischen Analyse ausgewertet.

### Ergebnisse

BürgerInnen (n=30) erwarteten sich von der VU vor allem die Früherkennung von Krankheiten, um diese rasch behandeln und Leid ersparen zu können. Die VU würde ihnen ein Gefühl der Sicherheit geben und ein längeres und gesünderes Leben ermöglichen. Schon die Teilnahme an der VU wurde als Anreiz sein eigenes Gesundheitsverhalten zu ändern gesehen. Was den Ablauf der VU betrifft, stellten die BürgerInnen große Unterschiede zwischen den ÄrztInnen fest. Die meisten wünschten sich eine standardisierte VU, die insgesamt umfangreicher und auf die Risikoprofile der BürgerInnen zugeschnitten ist. Weiters gab es den Wunsch nach Folgeterminen. Unzufriedenheit wurde hinsichtlich der Befundbesprechung und der leichtfertigen Verschreibung von Medikamenten geäußert.

### Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die BürgerInnen insgesamt hohe Erwartungen an die VU haben. Diese hohen Erwartungen beziehen sich nicht nur auf den gesundheitlichen Nutzen, sondern auch auf die Art und Anzahl der durchgeführten Untersuchungen und Beratungen und die Betreuung durch die zuständigen ÄrztInnen.

## Tagesklinikraten für ausgewählte Verfahren in Österreich: Eine Analyse der Variabilität auf Krankenanstaltenebene

H. Ostermann<sup>1,2</sup>, M. Zuba<sup>1</sup>;

<sup>1</sup>GÖG, Wien, Austria, <sup>2</sup>Dept. für Public Health & HTA, UMIT, Hall in Tirol, Austria.

### Ziele

Aufgrund des geringen Anteils tagesklinisch erbrachter Leistungen in österreichischen öffentlichen Krankenhäusern wurden im Rahmen der Gesundheitsreform 2012 Zielwerte für 8 ausgewählte Verfahren (Karpaltunnel-OP, Katarakt-OP, Varizen-OP, Adenotomie/Paracentese, Curretage, Hernien-OP, Metallentfernung, Knie-Arthroskopie) definiert. Obwohl diese Ziele im Vergleich zu internationalen Benchmarks moderat waren einem regelmäßigen Monitoring unterzogen wurden, variierten die Tagesklinikraten bis zum Ende der ersten Zielsteuerungsperiode (2012-2016) deutlich zwischen den Bundesländern als auch in Bezug auf die einzelnen Verfahren: Während in einem Bundesland die Zielwerte für alle Verfahren erreicht wurden, wurde in nur zwei Ländern insgesamt die vorgegebene Tagesklinikrate für Kataraktoperationen und in nur einem Land das Ziel für Hernienoperationen erreicht. Auf Krankenhausebene waren die Unterschiede noch ausgeprägter, da einige Krankenhäuser für die ausgewählten Verfahren überhaupt keine tagesklinischen Leistungen vornahmen, während dies in anderen Häusern Standard war.

### Methoden

Die Tagesklinikraten für Krankenhäuser wurden anhand der LKF-Abrechnungsdaten für die Jahre 2012-2016 ermittelt. Für Krankenhausstrukturinformationen wurden Informationen aus der Kosten- und Leistungsrechnung hinzugezogen. Die Tagesklinikraten wurden in einer Mixed-Effects-Panel-Regressionsanalyse unter Berücksichtigung von krankenhausspezifischen zeitvarianten und zeitinvarianten Kovariaten analysiert. Die Kovariaten umfassten Fallzahl, Eigentümerschaft, Größe, Kosten, Effizienz (Kosten pro DRG-Stelle), Personalintensität (FTE pro DRG-Stelle), Bevölkerung im Normeinzugsbereich und Anteil der Patienten mit zusätzlicher Privatversicherung sowie Informationen, ob das Krankenhaus eine explizite Tagesklinikstruktur für das ausgewählte Verfahren betrieb.

### Ergebnisse

Insgesamt war der Betrieb einer expliziten Tagesklinikstruktur signifikant mit höheren Tagesklinikraten für alle Verfahren außer Adenotomie/Paracentese verbunden. Die Gesamtzahl der insgesamt erbrachten relevanten Verfahren hatte einen signifikant positiven, wenn auch geringen Einfluss auf Tagesklinikraten für Adenotomie/Paracentese und Krampfadern-OP, während eine niedrige Personalintensität signifikant mit höheren Raten für alle Leistungen außer Hernien- und Karpaltunnel-OP verbunden war. Bei Karpaltunnel- und Katarakt-OP hatte der Anteil der Personen mit privater Versicherung im Einzugsbereich einen signifikant negativen Einfluss auf die Tagesklinikraten.

### Diskussion

Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Etablierung spezifischer Tagesklinikstrukturen sowie höhere Fallzahlen die Akzeptanz von tagesklinischer Leistungserbringung auf Krankenhausebene allgemein fördern. Bei einigen Verfahren sind die Krankenhausgröße und/oder die Personalintensität entscheidend für die Steigerung der Tagesklinikraten. Der signifikante Einfluss des Anteils von Patienten mit privater Versicherung weist auf finanzielle Anreize hin, die eine Steigerung der Tagesklinikraten entgegenwirken. Insgesamt unterstreichen unsere Ergebnisse die Bedeutung maßgeschneiderter Implementierungsmaßnahmen zur Erhöhung der Tagesklinikanteile.

**Parallel Session IVd**  
Bewegung







## Erfahrungen aus „Gemeinden leben bewegt“ - einem Praxisprojekt zur Steigerung der Alltagsbewegung in drei steirischen Modellgemeinden

S. Tuttner, K. Hofer;

FH JOANNEUM, 8344 Bad Gleichenberg, Austria.

### Hintergrund/Beschreibung des Projekts

Obwohl immer mehr Menschen in ihrer Freizeit Sport betreiben, hat die aktive Mobilität abgenommen. Die Entwicklung bewegungsfreundlicher Strukturen wird auf nationaler Ebene in den Österreichischen Rahmengesundheitszielen berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund entstand das Projekt „Gemeinden leben bewegt“. Es rückt die Bewegung der Menschen im Alltag in den Vordergrund und greift die Wege für alltägliche Bewegungsanlässe auf.

### Methode

Für die Projektumsetzung wurde ein 7-stufiges Methodenkonstrukt zur partizipativen Erarbeitung von Maßnahmen zur Förderung der Alltagsbewegung in drei steirischen Gemeinden entwickelt und eingesetzt. Zur Weiterentwicklung dieses Methodenkonstruktes wurden Reflexionen bei regelmäßig stattfindenden Meetings im Projektteam, mit den PraxispartnerInnen und mit ExpertInnen aus den Bereichen Public Health, Geographie, Sportwissenschaften, Bauplanung und Bauwirtschaft, Soziale Arbeit und Ergotherapie durchgeführt und dokumentiert.

### Lessons Learned

Der Zugang über das Setting „Gemeinde“ ermöglichte eine Erreichbarkeit von BürgerInnen und politische EntscheidungsträgerInnen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld. Sie konnten über unterschiedliche Zugänge (z.B. Vereine, Einrichtungen, bestehende informelle Gruppen wie Nordic-Walking-Runden) zur Partizipation im Projekt motiviert werden. Die enge Zusammenarbeit mit Stakeholdern, EntscheidungsträgerInnen und der Bevölkerung in den Gemeinden ermöglichte eine Integration von unterschiedlichen Sichtweisen, Zugängen und Methoden im Rahmen der Projektumsetzung und stellte eine sektorenübergreifende Kooperation sicher. Die 7-stufige Projektumsetzung förderte den Meinungs austausch zwischen der Bevölkerung und den EntscheidungsträgerInnen. So entstand ein gegenseitiges Verständnis für Bedarfe und Bedürfnisse, was die Akzeptanz für die umgesetzten Maßnahmen begünstigte. Durch eine Aufwand-Nutzen-Bewertung der Anregungen aus der Bevölkerung mit EntscheidungsträgerInnen gelang es, nachvollziehbare und verpflichtende Entscheidungen zu initiieren. Im Projekt wurden die vorhandenen Ressourcen in den Gemeinden angemessen eingesetzt. Lokales Wissen war hinsichtlich der Projektentwicklung und -umsetzung ein wichtiger Erfolgsfaktor. Die umfassenden Partizipationsprozesse ermöglichten kurze Kommunikations- und Informationswege und förderten das soziale Klima bei allen Projektbeteiligten. Der Einsatz für ökonomische Ressourcen konnte durch intensive Vernetzungs- bzw. Kooperationsarbeit reduziert werden.

### Empfehlungen

Eine intensive Einbindung der BewohnerInnen und EntscheidungsträgerInnen sowie eine evidenzbasierte und praxisnahe Arbeitsweise gewährleistet die Möglichkeit für ein österreichweites Rollout. Es ist angedacht, das 7-stufige Methodenkonstrukt praxisnah für Gemeinden aufzubereiten und es im Rahmen einer Weiterentwicklung des Leitfadens zur kommunalen Gesundheitsförderung einer breiten NutzerInnengruppe verfügbar zu machen.

## Bewegungsberatung in Kureinrichtungen kombiniert mit dem Sportvereinsprogramm JACKPOT erhöhen den Bewegungsumfang bei Erwachsenen - eine quasi-experimentelle Studie in der Steiermark

S. Titze<sup>1</sup>, W. Schebesch-Ruf<sup>1</sup>, L. Großschädl<sup>2</sup>, A. Strehn<sup>3</sup>, T. E. Dorner<sup>4</sup>, J. Niebauer<sup>5</sup>, C. Lackinger<sup>6</sup>;

<sup>1</sup>Institut für Sportwissenschaft, Universität Graz, Graz, Austria, <sup>2</sup>Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Graz, Austria, <sup>3</sup>Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Eisenstadt, Austria, <sup>4</sup>Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien, Wien, Austria, <sup>5</sup>Universitätsinstitut für präventive und rehabilitative Sportmedizin, Paracelsus Medizinischen Privat-Universität Salzburg, Salzburg, Austria, <sup>6</sup>SPORTUNION Österreich, Wien, Austria.

### Einleitung

Regelmäßige körperliche Aktivität reduziert das Risiko, chronisch zu erkranken. Körperlich inaktive Menschen wissen möglicherweise zu wenig über den gesundheitlichen Nutzen regelmäßiger Bewegung oder es fehlt ihnen der Anstoß und die Möglichkeit, mehr Bewegung in ihren Alltag einzubauen. Aus Public Health Sicht wird empfohlen, mit koordinierten Maßnahmen unterschiedlicher Sektoren Rahmenbedingungen zu schaffen, die es der Zielgruppe erleichtern, einen gesunden Lebensstil zu führen. Das Ziel dieser Studie war es zu überprüfen, ob eine Bewegungsberatung während des Kuraufenthaltes kombiniert mit dem Sportvereinsprogramm JACKPOT nach der Kur zu einer Steigerung des Bewegungsumfanges führt.

### Methode

In 11 Regionen (8 Interventions- und 3 Kontrollregionen) der Steiermark wurden KuranwärterInnen von den Sozialversicherungsträgern vor Kurantritt eingeladen, an einer Bewegungsmessung teilzunehmen. Die Bewegung wurde mit einem Beschleunigungsmesser (GENEActiv) erfasst. Von 381 Personen mit gültiger Messung zum Messzeitpunkt 1 und <300 Minuten Bewegung mit mittlerer Intensität/Woche stimmten 238 (63%) Personen zu, an zwei weiteren Bewegungsmessungen (10 Wochen und 12 Monate nach Kurbeginn) teilzunehmen. Die StudienteilnehmerInnen erhielten während des Kuraufenthaltes schriftlich und mündlich Rückmeldung zu ihrem Bewegungsverhalten. Den TeilnehmerInnen der Interventionsgruppe wurde zusätzlich ein Gutschein für 12 Grateinheiten im Sportvereinsprogramm JACKPOT überreicht. Den TeilnehmerInnen der Kontrollgruppe wurde die FGÖ-Broschüre „Bewegung“ übergeben. Mixed ANOVA wurde angewandt, um die Effekte zwischen Messzeitpunkt 1 und 2 sowie zwischen den beiden Gruppen zu vergleichen.

### Ergebnisse

Von 170 Personen (71%) gibt es zu Messzeitpunkt 1 und 2 gültige Messungen. 128 Personen gehörten der Interventions- und 42 der Kontrollgruppe an. Rund die Hälfte aller StudienteilnehmerInnen (n=94; 55.3%) waren Frauen und das Durchschnittsalter betrug 52.3 (SD=6.4) Jahre. Zum Messzeitpunkt 1 gab es zwischen den Gruppen keinen Unterschied in Bezug auf soziodemographische Daten und den Bewegungsumfang. Zu Messzeitpunkt 2 gab es nur in der Interventionsgruppe eine signifikante Zunahme des Bewegungsumfanges. Weiters war die Bewegungsumfangssteigerung in der Interventions- im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant steiler.

### Schlussfolgerung

Mit einer Bewegungsberatung während des Kuraufenthaltes und dem Angebot, 12-Einheiten des Sportvereinsprogramms JACKPOT nach dem Kuraufenthalt gratis besuchen zu können, wurden die TeilnehmerInnen erfolgreich unterstützt, ihren Bewegungsumfang kurzfristig (10 Wochen nach Kurbeginn) zu steigern. Das Projekt wurde vom Gesundheitsfonds Steiermark und dem Bundessportförderungsfonds: Breitensport finanziell unterstützt.



## Prozessevaluation JACKPOT: Analyse von vereinsbasierten, standardisierten Bewegungsprogrammen in der wohnortnahen Nachsorge von Kurgästen

L. Großschädl, S. Titze, W. Schebesch-Ruf, A. Strehn, C. Lackinger;

### Hintergrund

Im sektorenübergreifenden Projekt „JACKPOT“ werden standardisierte Bewegungsprogramme (2-mal pro Woche zu 90 Minuten, davon jeweils 40/30/20 Minuten mit Ausdauertraining/Krafttraining/Empowerment-Verhaltensänderung) durch regionale Sportvereine angeboten. Als Unterstützung zur praktischen Umsetzung wurden Stundenbilder beschrieben, die aber als Angebot an die Übungsleiterinnen und nicht als Verpflichtung zu sehen sind. Zielgruppe sind Personen nach einem Kuraufenthalt, welche die Kriterien der Österreichischen Bewegungsempfehlungen nicht erreichen. Für die dauerhafte Implementierung über das Projekt hinaus ist die Einhaltung der Standards essentiell. Im Rahmen der Prozessevaluation wurde überprüft, ob unterschiedliche regionale Vereine die Standards der Sozialversicherung in der Praxis umsetzen

### Methoden

Die Prozessevaluation bei 13 regionalen Vereinen umfasste den Einsatz einer standardisierten Beobachtung, die Messung der Bewegung (Beschleunigungsmesser) während der Einheit, Teilnehmerinnen-Fragebögen und Leitfadeninterviews mit den TrainerInnen.

### Ergebnisse

Die vorgesehene Dauer des Ausdauertrainings wurde in 92% der Bewegungsangebote eingehalten, die des Krafttrainings von 85% der Vereine. Die Bewegungsmessung ergab, dass im Durchschnitt 28 Minuten bei mittlerer Intensität trainiert wurde und 8 Minuten bei höherer Intensität. Das Ausdauertraining erfolgte in 85% der Fälle nach der Dauermethode, wobei unterschiedliche Aktivitäten wie Nordic Walking, ausdauerfördernde Spiele, Step Aerobic und Ausdauerzirkel und in Einzelfällen auch Ergometertraining angewandt wurden. 46% der Trainingseinheiten basieren auf dem „Manual für die JACKPOT-Bewegungseinheiten“, Reflexion über Verhaltensänderung führten 54% der TrainerInnen durch. Im Schnitt nahmen 8 Personen an einer JACKPOT-Einheit teil. Die Attraktivität der Turnsäle wurde in 77% der Vereine als zumindest durchschnittlich ansprechend bewertet.

### Schlussfolgerungen

Den JACKPOT TrainerInnen gelingt es im hohen Ausmaß, die sportwissenschaftlichen Standards einzuhalten, wobei ein abwechslungsreiches Programm motivierend wirken könnte. Das Thema Verhaltensänderung wurde von der Hälfte der TrainerInnen umgesetzt. Diesem zusätzlichen, neuen Thema soll zukünftig besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

## Physische Aktivität in Seniorenwohnheimen - motivationale Faktoren und Barrieren

J. Schauer-Berg<sup>1</sup>, B. Iglseder<sup>2</sup>, R. Dikemüller<sup>3</sup>;

<sup>1</sup>ULG Master of Public Health Vienna, Vienna, Austria, <sup>2</sup>UK für Geriatrie, CDK Salzburg, Salzburg, Austria, <sup>3</sup>Institut für Sportwissenschaften, Universität Wien, Vienna, Austria.

### Hintergrund

Physische Aktivität hat in der Gesundheitsförderung auch im höheren Alter einen besonderen Stellenwert. Wie wichtig zielgruppenorientierte physische Aktivität auch im fortgeschrittenen Lebensalter ist, kommt durch die Verankerung im Zielkatalog des österreichischen Nationalen Aktionsplans Bewegung sowie die Prioritätensetzung in der Physical Activity Strategy 2016-2025 der WHO zum Ausdruck. Um Bewegungskonzepte effektiv zu planen, muss man sich an den Bedürfnissen der spezifischen Zielgruppe orientieren. Insbesondere motivationale Prozesse und Barrieren für körperliche Aktivität bei SeniorenwohnheimbewohnerInnen sind bisher wenig erforscht. Studienziel war es, den Bewegungsumfang von SeniorenwohnheimbewohnerInnen >65 Jahre zu quantifizieren. Weiters sollten Kriterien hinsichtlich Motivation und Volition identifiziert werden, um zukünftige Bewegungsangebote zielgruppenorientierter ausrichten zu können.

### Methodik

In einer Querschnittstudie wurden 53 BewohnerInnen der Städtischen Salzburger Seniorenwohnhäuser der MA3/04 mit einem quantitativen Fragebogen zu ihrem Bewegungsverhalten, motivationalen Faktoren und Barrieren für physische Aktivität befragt. Als Grundlage dienten das Rapid Assessment of Physical Activity (RAPA) der Universität Washington, die sportbezogene Selbstkonkordanz-Skala nach Seelig und Fuchs sowie die Skala der bewegungs- und sportbezogenen Barrieren von Krämer und Fuchs. Ergänzend wurde bei 19 ProbandInnen eine Messung mit Akzelerometern (Modell: Actigraph GT3X+) zur genaueren Untersuchung des Bewegungsverhaltens durchgeführt. Es wurde ein Signifikanzniveau von  $p \leq 0,05$  festgelegt.

### Ergebnisse

Drei von 53 StudienteilnehmerInnen (5,66%) erfüllten die österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Die Studienpopulation zeigte eine hohe Selbstkonkordanz für die Zielintention regelmäßiger körperlicher Aktivität, 43,8% waren intrinsisch motiviert. Die situativen Barrieren korrelierten signifikant negativ mit dem Aktivitätsniveau. Das Alter der ProbandInnen korrelierte negativ mit dem Aktivitätsniveau und der in der Akzelerometermessung registrierten Schrittzahl. Lineare Regressionsanalysen haben ergeben, dass das Lebensalter der ProbandInnen Einfluss auf den Umfang moderater Aktivität pro Woche hat. Frauen zeigten ein signifikant niedrigeres Aktivitätsniveau als Männer, hier kann jedoch eine unterschiedliche Altersverteilung zwischen weiblichen und männlichen StudienteilnehmerInnen als Confounder nicht ausgeschlossen werden.

### Schlussfolgerung

Weitere Untersuchungen zu Benefit und Umsetzbarkeit von in den Betreuungsplänen integrierten individualisierten Bewegungsplänen für BewohnerInnen von Seniorenwohnheimen, sollten durchgeführt werden. Algorithmen zur Auswertung von Akzelerometerdaten bei Menschen im höheren Lebensalter sollten verbessert und ein Konsens zur Durchführung und Auswertung von Bewegungsstudien in der betagten Bevölkerungsgruppe geschaffen werden, um die wissenschaftliche Basis für die Planung von Bewegungsprogrammen für diese Zielgruppe zu optimieren.

## Daten für die Prävention - Ergebnisse die Unfallursachenerhebung 2017

R. Bauer, M. Steiner, A. Kühnelt-Leddihn;  
KfV (Kuratorium für Verkehrssicherheit), A-1100 Wien, Austria.

### Hintergrund

Unfälle sind europaweit die Todesursache Nummer Eins bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen - damit sind sie Hauptverursacher von „verlorenen“ und durch Behinderung eingeschränkter Lebensjahre. Unfälle - vor allem bei älteren Menschen - verursachen hohe Kosten für das Gesundheits- und Sozialwesen und stellen damit über alle Lebensphasen hinweg ein relevantes Problem der öffentlichen Gesundheit dar. Für die Ursachenforschung und die Entwicklung präventiver Maßnahmen zu Unfällen sind die österreichischen Gesundheitsdaten und -statistiken nur sehr bedingt verwendbar. Einer Initiative der Europäische Kommission folgend, hat Österreich 1997 daher mit dem KfV eine Statistik über Heim- und Freizeitunfälle eingerichtet und diese 2007 auf alle Verletzungsursachen ausgeweitet (Injury Database Austria, kurz IDB Austria). Diese Erhebung läuft allerdings auf Projektbasis und ist nicht Teil der offiziellen österreichischen Gesundheitsberichterstattung.

### Beschreibung

Für die Ergebnisse der Unfallursachenerhebung 2017 wurden in ausgewählten Unfallambulanzen über 15.000 stationär und/oder ambulant behandelte PatientInnen anonym zum Hergang ihres Unfalls befragt. Durch die Erfassung der beim Unfall ausgeübten Tätigkeit oder Sportart, des Unfallortes, des Unfallmechanismus, beteiligter Objekte und einer kurzen Hergangsbeschreibung lassen sich anhand der IDB Austria Daten typische Szenarien für zahlreiche Unfallarten erstellen und daraus gezielte Präventionsmaßnahmen ableiten.

Behandlungsart	Verkehr	Arbeit/Schule	Haushalt	Freizeit (inkl. Sport)	Gesamt
ambulant	53.000	92.700	222.100	219.300	587.000
stationär	28.100	20.800	81.700	66.700	197.300
Gesamt	81.100	113.500	303.900	285.900	784.300

Die Präsentation gibt einen Überblick über das aktuelle Unfallgeschehen in Österreich und fokussiert dann speziell auf das Unfallgeschehen in Haushalt, Freizeit und Sport, das rund 75% des aller Unfälle umfasst. Beispiele für Unfallszenarien und daraus abgeleitete Präventionsmaßnahmen werden für Haushaltsunfälle von SeniorInnen und Sportunfälle von Jugendlichen gezeigt.

## Tiergestützte Aktivitäten mit Besuchshunden für ältere Menschen im institutionellen Setting: eine Literaturanalyse zu Wirkungen auf die psychische Gesundheit

U. Pfeiffer, K. Waldherr;  
Ferdinand Porsche FernFH, 2700 Wr. Neustadt, Austria.

### Hintergrund

Vor dem Hintergrund der demografischen Prognosen kommt gesundheitsfördernden Interventionen für ältere Menschen mit und ohne dementiellen Erkrankungen in der Zukunft eine besondere Bedeutung zu. Im selben Licht rückt auch die institutionelle Betreuung und Pflege in den Blickpunkt. Tiergestützte Aktivitäten erfreuen sich generell in der Bevölkerung wachsender Beliebtheit, so auch unter Senior\_innen und Senior\_innenbetreuer\_innen. Die tiergestützte Aktivität folgt keinem expliziten therapeutischen Plan, sie verfolgt vielmehr das Ziel, älteren Menschen in Senior\_inneneinrichtungen Freude und Wohlbefinden zu bringen. Ziel der präsentierten Arbeit war es, eine Übersicht über den Forschungsstand zu den Wirkungen dieser Interventionsart mit Hunden bei älteren Menschen im institutionellen Setting zu geben.

### Methode

Es wurde eine Literaturanalyse zu den psychischen Wirkungen von tiergestützten Interventionen bei älteren Menschen im institutionellen Setting sowie zu den zugrundeliegenden neurobiologischen Mechanismen durchgeführt. Berücksichtigt wurden wissenschaftliche Studien der letzten zwanzig Jahre. Als Quellen dienten die Datenbanken PubMed, SpringerLink und Taylor & Francis Online.

### Ergebnisse

Übereinstimmende Ergebnisse aus mehreren Studien gibt es zu Reduktion von Einsamkeit, Angst, Stress und systolischem Blutdruck während der Interaktion mit dem Hund sowie zur Verstärkung allgemeiner positiver Emotionen. Kommunikation, Sozialkontakte und Konzentration konnten im Teilnehmer\_innenkreis gesteigert werden. In einzelnen Studien zeigten sich Ergebnisse z.B. zur Zunahme von körperlichen Aktivitäten und Aktivitäten des täglichen Lebens sowie zur Reduktion von Traurigkeit. Widersprüchliche Ergebnisse gibt es hinsichtlich messbarer Veränderungen von Depressivität sowie kognitiver Leistungsfähigkeit und Reduktion von Unruhe. Es scheint, dass durch den Einsatz eines Therapiehundes im Menschen ein emotionaler Trigger betätigt wird, der in weiterer Folge Gefühle auslöst und zu einer Reaktion bzw. zu einer Reaktionskaskade führt, die als gesundheitsfördernd benannt werden kann.

### Schlussfolgerungen

Das gesundheitsfördernde Potential von tiergestützten Aktivitäten mit Hunden sollte in Zukunft vermehrt genutzt werden und somit zur Bereicherung des Portfolios von gesundheitsfördernden Interventionen in Senior\_inneneinrichtungen beitragen. Besonderes Augenmerk sollte bei der Durchführung von tiergestützten Aktivitäten jedenfalls auf Risikovermeidung, entsprechende Ausbildung des Mensch-Hund Teams sowie auf strukturelle Rahmenbedingungen gelegt werden. Weitere Forschungsarbeiten zur systematischen Evaluation von Implementierungsprozessen sind jedoch erforderlich. Diese sollten genauer untersuchen, wie tiergestützte Interventionen bei welchen Gruppen älterer Menschen und unter welchen Kontextbedingungen wirken können.

**Parallel Session IVe**  
Familie, Kinder und  
Jugendliche





## Neugestaltung des Mutter-Kind-Passes - Erfahrungen und Ergebnisse aus einem evidenzgestützten Bewertungsprozess

*I. Reinsperger, R. Winkler, K. Rosian;*

*Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, Wien, Austria.*

### Hintergrund

Der „Mutter-Kind-Pass“ dient seit 1974 als nationales Screening-Instrument für alle Schwangeren und Kinder (bis zum 6. Lebensjahr) in Österreich. 2010 wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit ein mehrjähriger wissenschaftlich begleiteter Überarbeitungsprozess der „Eltern-Kind-Vorsorge“ initiiert. Das Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA) erstellte insgesamt 11 umfassende Hintergrundberichte mit unterschiedlichen Fragestellungen (u.a. zu Screening-Prozessen im internationalen Vergleich, Maßnahmen zur Reduktion von Frühgeburten, Aufsuchende Hilfen) und Methoden (z.B. Overview of reviews, Budgetfolgenanalyse, Leitliniensynopse). Nach diesem umfangreichen „Assessment“ startete im Herbst 2014 ein „Appraisal“-Prozess zur Bewertung der wissenschaftlichen Ergebnisse für den österreichischen Kontext.

### Methoden

Die vom LBI-HTA 2013 erstellte und laufend aktualisierte Leitliniensynopse zu Screening-Empfehlungen für Schwangere und Kinder (0-6 Jahre) aus evidenzbasierten Leitlinien wurde auf Basis einer systematischen Literatursuche in Guideline-Datenbanken und bei zahlreichen (internationalen) Leitlinien-Organisationen erarbeitet. Diese Übersicht ist Ausgangspunkt für die Diskussion und Formulierung von Empfehlungen durch eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Facharbeitsgruppe (mit ExpertInnen u.a. aus den Bereichen Medizin, Hebammen, Public Health, Frühe Hilfen, Evidenzbasierte Medizin etc.) in monatlich stattfindenden und extern moderierten Sitzungen. Für die strukturierte Diskussion und Bewertung jedes einzelnen Krankheitsbildes bzw. Risikofaktors wurde ein Bewertungsschema in Anlehnung an die WHO Screening-Kriterien erstellt. Anschließend erfolgt die Abstimmung für oder gegen ein Screening und die Facharbeitsgruppe formuliert Empfehlungen, welche auch die entsprechende Zielgruppe, den Zeitpunkt des Screenings, den Screening-Test sowie die Konsequenzen bei positivem Testergebnis definieren. Gegebenenfalls werden auch Beratungsmaßnahmen empfohlen.

### Ergebnisse

Der „Appraisal“-Prozess für den Bereich Schwangerschaft und Wochenbett wurde im Februar 2017 nach 23 Sitzungen abgeschlossen. Es wurden insgesamt 34 Pro-Screening-Empfehlungen und 30 Contra-Screening-Empfehlungen formuliert. Die Screening-Untersuchungen für Kinder (0-6 Jahre) werden seit März 2017 in monatlichen Sitzungen durch die Facharbeitsgruppe diskutiert, der Abschluss dieses Bewertungsprozesses ist für Sommer 2018 zu erwarten. Bis dato (Stand Februar 2018) wurden 24 Themen bearbeitet; es wurden 15 Pro-Screening-Empfehlungen und 7 Contra-Screening-Empfehlungen sowie 2 (ausschließliche) Beratungsempfehlungen ausgesprochen.

### Schlussfolgerungen

Wesentliche Merkmale des Neugestaltungsprozesses sind u.a. Transparenz, Partizipation sowie die Standardisierung von Bewertung und Formulierung der Empfehlung. Die Ergebnisse der Facharbeitsgruppe können nun für die weitere gesundheitspolitische Entscheidungsfindung („Decision“) hinsichtlich einer Neugestaltung des Mutter-Kind-Passes herangezogen werden.

## Frühe Hilfen als Beispiel guter Praxis für Dokumentation in der Gesundheitsförderung

*P. Winkler, S. Haas, T. Bengough;*

*Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Austria.*

### Hintergrund

In der Gesundheitsförderung ist systematische Dokumentation eine große Herausforderung. Für die Frühen Hilfen wurde ein mehrteiliges Dokumentationssystem entwickelt, das vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH.at) bundesweit koordiniert wird. Die umfassende Dokumentation ist Basis für ein regelmäßiges Monitoring und Grundlage für Evaluation und Begleitforschung.

### Methoden

Kernelement der Dokumentation ist das Onlinetool FRÜDOK, das von allen Familienbegleiterinnen genutzt wird, und aufgrund der längerfristigen Begleitung der Familien die Erhebung zahlreicher Grunddaten erlaubt. Die regelmäßige Erhebung von Strukturdaten und ein Familienfeedback komplettieren die Frühe-Hilfen-Dokumentation, die folgende Informationen bietet:

Wie werden Frühe Hilfen bereitgestellt? Erfasst werden Zahl und Einzugsbereiche der Netzwerke, personelle Ressourcen inklusive Quellberufen, aber auch die Zufriedenheit der Familien.

Wen erreichen Frühe Hilfen? Zahl, Soziodemografie und spezifische Merkmale der begleiteten Familien inkl. Ressourcen und Belastungen zu Beginn der Begleitung werden erfasst.

Welche Interventionen werden gesetzt? Dokumentiert wird, an welche Unterstützungsangebote die Familienbegleiterinnen weitervermittelt haben bzw. weshalb ggf. eine Weitervermittlung nicht geglückt ist. Was ist die unmittelbare Wirkung? Auch am Ende der Begleitung werden Ressourcen und Belastungen in der Familie sowie die die Beendigungsgründe dokumentiert. Zusätzlich wird die Perspektive der Familien zu dem von ihnen wahrgenommenen Nutzen eingeholt.

### Ergebnisse

Derzeit stehen 24 Frühe-Hilfen-Netzwerke in 62 Bezirken mit 86 Familienbegleiterinnen (44 Vollzeit-äquivalente) und 24 Netzwerkmanager/-innen (11 Vollzeitäquivalente) zur Verfügung. Die Zahl der begleiteten Familien steigt und es gelingt, Familien in besonders belastenden Lebenssituationen zu erreichen: Zumindest knapp die Hälfte ist armutsgefährdet, 34 % haben maximal Pflichtschulabschluss, 20 % sind alleinerziehend - allesamt über dem Bundesdurchschnitt. Rund 30 % der Begleitungen beginnen in der Schwangerschaft, also zu einem frühen Zeitpunkt. Die häufigsten Belastungen zu Beginn der Begleitung betreffen die finanzielle Lage des Haushalts und die psychosoziale Gesundheit der Mutter. Zumindest die Hälfte der Begleitungen wurde beendet, weil die Belastungen reduziert werden konnten. Die Familienfeedbackbögen sind zum Großteil sehr positiv und wertschätzend.

### Schlussfolgerungen

Für die Dokumentation müssen ausreichend Ressourcen vorgesehen werden, die gegebenenfalls deren Weiterentwicklung zulassen. Essentiell für FRÜDOK sind die laufende Betreuung der zahlreichen Anwenderinnen zum gemeinsamen Verständnis sowie das Rückspielen der Ergebnisse zur Aufrechterhaltung der Motivation. Hauptinstrumente sind intensive Plausibilitätsprüfungen mit regelmäßiger Kommunikation sowie Vernetzungstreffen mit FRÜDOK-Ansprechpersonen, die pro Netzwerk nominiert wurden.

## Inzidenz und Mortalität von Unfällen im Kindesalter in Korrelation zum Einkommen der Eltern

L. Föttinger;  
FOM, München, Germany.

### Hintergrund

Ab dem Alter von einem Lebensjahr stellen Unfälle die häufigste Todesursache von Kindern dar und zählen daher zu den größten Gesundheitsgefahren dieser Personengruppe [1]. Zur Entwicklung geeigneter Präventionsmaßnahmen sind Kenntnisse über das Unfallgeschehen sowie Risikofaktoren und -gruppen notwendig [2]. Studien aus dem Bereich der Unfallforschung bestätigen einen Zusammenhang zwischen dem sozialen Status (Sozialindex nach Winkler) und der Unfallhäufigkeit eines Kindes [3]. Eine erste Literaturrecherche ergab, dass eine ausschließliche Betrachtung des Einkommens der Eltern bisher keine Berücksichtigung fand.

### Methoden

Triangulation einer systematischen Literaturrecherche mit einer Korrelationsanalyse (SPSS). Die systematische Literaturrecherche (Datenbank- und Handsuche) diente der Darstellung des aktuellen Forschungsstandes zum Thema. Die Erhebung der für die statistische Berechnung erforderlichen Daten erfolgte aus der amtlichen Todesursachenstatistik (Mortalität), der Krankenhausdiagnosestatistik (Inzidenz) und der Statistik der Armutsgefährdungsschwellen (Einkommen). Als Einschlusskriterien wurden unfallspezifische ICD-Codes und das Alter 1 bis 14 Jahre definiert. Die Korrelationsanalyse wurde für die Untersuchungszeiträume t0: 2005 und t1: 2015 durchgeführt.

Hypothesen: H0:  $r \geq 0$ , H1:  $r < 0$

### Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen einen schwachen negativen Zusammenhang zwischen dem Einkommen der Eltern und der Inzidenz und Mortalität von Unfällen im Kindesalter. Lediglich im Untersuchungszeitraum 2015 konnte eine starke Assoziation zwischen der Inzidenz und dem Einkommen bestätigt werden ( $r = -0,535$ ).

#### Korrelation Mortalität/Einkommen

Jahr	Pearson-Korrelationskoeffizient	Bestimmtheitsmaße
2005	$r = -0,175$	$R^2 = 0,031$
2015	$r = -0,224$	$R^2 = 0,050$

#### Korrelation Inzidenz/Einkommen

Jahr	Pearson-Korrelationskoeffizient	Bestimmtheitsmaße
2005	$r = -0,227$	$R^2 = 0,052$
2015	$r = -0,535$	$R^2 = 0,286$

## Auswirkungen von Erste Hilfe Ausbildungen an Pflichtschulen - Kinder als Lebensretter: eine Pilotstudie

M. Rößler, H. Stummer;  
UMIT, Hall in Tirol, Austria

### Hintergrund

In Österreich hat der plötzliche Herztod eine hohe Inzidenz von mehr als 12.000 Betroffenen jährlich. Die Bereitschaft Wiederbelebensmaßnahmen durchzuführen (Laienreanimationsquote) stellt sich jedoch als gering dar. Der frühzeitige Beginn kompetenter und effektiver Wiederbelebensmaßnahmen übt positiven Einfluss auf die Überlebenschancen von Patientinnen und Patienten nach Atem-Kreislauf-Stillstand. Aus diesem Grund ist eine flächendeckende Implementierung von effektiven Erste Hilfe Ausbildungskonzepten auch schon an Pflichtschulen zu empfehlen.

Ziel der Arbeit ist es, die Effektivität zweier Trainingskonzepte für Erste Hilfe bei Schülerinnen und Schülern im Alter von 13 bis 15 Jahren zu untersuchen, da ein frühes kontinuierliches Lernen in der Regel das Wissen nachhaltiger verankert und die Selbstwirksamkeit steigern kann.

### Methodik

Es handelt sich um eine zweiarmige, quasi-experimentelle Pilotstudie ( $n=41$ ). Das vorhandene Wissen wurde als Baseline anhand eines selbstentwickelten Fragebogens erhoben. Anschließend erhielten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer einen standardisierten fünfzigminütigen Basis Erste Hilfe Kurs. Im Posttest der theoretischen Wissensüberprüfung wurde das Wissen mit demselben Erhebungsinstrument neuerlich erfasst. Fortan erhielt die Experimentalgruppe über sechs Wochen an fünf Terminen kontinuierlichen praktischen sowie theoretischen Input. Abschließend wurden in beiden Gruppen die praktischen Fertigkeiten unter Zuhilfenahme des Laerdal Resusci Anne Skilltrainers quantitativ erhoben.

### Ergebnisse

Sowohl in der Experimentalgruppe, als auch in der Kontrollgruppe zeigt sich ein höchst signifikanter Wissenszuwachs aufgrund des fünfzigminütigen Basis Erste Hilfe Kurses. Die praktische Wissensüberprüfung liefert nach t- bzw. u-tests höchst signifikante Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe, auch wenn sich die Konfidenzintervalle aufgrund der geringen Stichprobe stark überschneiden. So beträgt die mittlere Drucktiefe der Herzdruckmassagen in der Experimentalgruppe 46,59 mm (CI 95% 43,18-50,00) und in der Kontrollgruppe 46,05 mm (CI 95% 41,52-50,58). Die mittlere Frequenz beläuft sich auf 107,18 (CI 95% 100,97-113,40) bzw. 102,05 (CI 95% 96,69-107,42) Herzdruckmassagen pro Minute.

### Schlussfolgerungen

Die Implementierung von verpflichtenden Erste Hilfe Ausbildungen an Pflichtschulen sollte vorangetrieben werden. Weiters sind regelmäßige Wiederholungen essentiell, da Schülerinnen und Schüler in der Lage sind, bereits nach kurzen Trainings, kompetente Erste Hilfe Maßnahmen zu setzen.



## Unterstützung von Kindern mit psychisch erkrankten Eltern: Eine Ist-Situationsanalyse in Tirol

I. Zechmeister-Koss<sup>1</sup>, A. Bauer<sup>2</sup>, H. Christiansen<sup>3</sup>, B. Fatima<sup>4</sup>, I. Lund<sup>5</sup>, M. Goodyear<sup>6</sup>, J. Paul<sup>7,8</sup>;

<sup>1</sup>Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, Vienna, Austria, <sup>2</sup>Personal Social Services Research Unit (PSSRU), London School of Economics and Political Science, London, United Kingdom, <sup>3</sup>Department of Clinical Child and Adolescent Psychology, Philipps-University Marburg, Marburg, Germany, <sup>4</sup>Human Development Program. The Aga Khan University, Karachi, Pakistan, <sup>5</sup>The Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway, <sup>6</sup>School of Rural Health, Monash University, Melbourne, Australia, <sup>7</sup>Mental Health Research Group Programme, Ludwig Boltzmann Gesellschaft, Innsbruck, Austria, <sup>8</sup>Department of Psychiatry, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria.

### Hintergrund

Kinder mit psychisch erkrankten Eltern sind häufig einer großen Belastung im Alltag ausgesetzt und besonders gefährdet, später selbst psychisch oder physisch zu erkranken und schlechtere Chancen bei ihrer Ausbildung und am Arbeitsmarkt zu haben. Schätzungen für Österreich gehen von ca. 60.000 betroffenen Kindern aus. In einem Forschungsprojekt soll für diese Zielgruppe ein Unterstützungsangebot in Tirol entwickelt werden. Als Basis dafür wurde eine Ist-Situationsanalyse durchgeführt.

### Methoden

Beschreibung der Epidemiologie psychischer Erkrankungen, der Versorgungsstruktur für psychisch beeinträchtigte Eltern und deren Kinder und der Inanspruchnahmestrukturen in Tirol auf Basis administrativer Daten der Sozialversicherung, publizierter Daten der Landesverwaltung und nationaler sowie regionaler Gesundheitsberichte und epidemiologischer Daten.

### Ergebnisse

Auf Basis von Inanspruchnahmedaten sind die Hauptansprechpartner bei psychischen Erkrankungen die Allgemeinmediziner\_innen. Die Erwachsenenpsychiatrie fokussiert auf die erkrankten Patient\_innen, ohne aktive Bezugnahme zu deren Kindern. Die genaue Zahl an betroffenen Kindern in Tirol ist unbekannt. Für diese Kinder existieren, insbesondere wenn sie selber keine Auffälligkeiten zeigen, abgesehen von einzelnen lokalen Initiativen kaum gezielte Angebote. Vorhandene Unterstützungsmöglichkeiten betreffen verschiedenen Sektoren (Gesundheit, Soziales, Bildung), wobei bisher keine Koordination über Sektorengrenzen hinweg erfolgt. Etwa die Hälfte der Kinder, die selber psychische Probleme haben, nehmen keine Leistungen in Anspruch.

### Schlussfolgerung

Mit den derzeitigen Präventions- und Versorgungsprozessen und -Angeboten in Tirol werden Kinder, deren Eltern psychisch erkrankt sind, nur unzureichend wahrgenommen und unterstützt. Im nächsten Schritt sollen daher internationale Erfahrungen zu Unterstützungsmöglichkeiten analysiert werden und unter aktiver Einbindung von Anbietern und Betroffenen ein Programmkonzept für Tirol entwickelt werden.

## Habitual intake of breakfast in relation to overweight status among Viennese preadolescents

M. Luger<sup>1,2</sup>, M. Schmid<sup>3</sup>, M. Schätzer<sup>1</sup>, E. Winzer<sup>1,2</sup>, P. Rust<sup>3</sup>;

<sup>1</sup>Special Institute for Preventive Cardiology And Nutrition - SIPCAN, Elsbethen/Salzburg, Austria, <sup>2</sup>Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien, Wien, Austria, <sup>3</sup>Department für Ernährungswissenschaften, Universität Wien, Wien, Austria.

### Introduction

Dietary habits indubitably play a role in the development of child overweight including obesity (OW/OB). Studies have shown a positive association between breakfast skipping and OW/OB. The aim of this study was to examine breakfast habits in regard to socioeconomic status (SES) and OW/OB in a cohort of preadolescents in secondary schools in Vienna.

### Methods

This cross-sectional study builds on data collected in 2017 from 13 schools in ten urban districts. Measured anthropometric and child questionnaire data including habitual breakfast intake, food and beverages, and SES (migration background, family affluence scale) were collected. A total of 652 Viennese preadolescents (54% boys) between the 5th and 8th grade were included.

### Results

The pupils were 12.7 (1.3) years old and 29% were OW/OB. 42% were regular (daily), 30% inconsistent breakfast eaters ( $\leq 5$  times/ week), and 28% breakfast skippers. There were significant differences in the BMI of 21.3 (3.8) kg/m<sup>2</sup> among breakfast skippers, inconsistent breakfast eaters of 21.5 (4.4) kg/m<sup>2</sup>, and regular breakfast eaters of 20.9 (4.5) kg/m<sup>2</sup> ( $p=0.049$ ). Those pupils who reported the reason for not having breakfast as "have no time" showed the lowest BMI [20.6 (3.9) kg/m<sup>2</sup>], as "have no appetite" a BMI of 21.3 (4.2) kg/m<sup>2</sup>, as "out of habit" of 22.4 (4.1) kg/m<sup>2</sup>, and the highest for those who "want to stay slim or lose weight" [24.0 (4.2) kg/m<sup>2</sup>]. The odds of being OW/OB was higher among those who usually ( $\geq 3$  times/ week) drink fruit juice for breakfast (OR 1.5, 95% CI 1.01-2.34;  $p=0.040$ ) and those who eat pastries (OR 2.5, 95% CI 1.15-5.28;  $p=0.021$ ), but lower in those who usually drinking water (OR 0.6, 95% CI 0.40-0.82;  $p=0.002$ ), adjusted for SES. Furthermore, the odds of breakfast skipping was higher among preadolescents with parenteral migration background (OR 1.7, 95% CI 1.16-2.57;  $p=0.008$ ) but not with lower SES (adjusted for age and sex).

### Conclusion

Breakfast skippers and inconsistent breakfast eaters showed a higher BMI and fruit juice and pastries for breakfast showed a higher odds of being OW/OB. Moreover, parenteral migration background influenced breakfast habits. Therefore, interventional studies are needed to determine causal relationships.

## Posterpräsentationen Ia





## Die Bedeutung von Masterausbildungen für PhysiotherapeutInnen

E. Grüner<sup>1</sup>, E. Mur<sup>2,3</sup>, E. Nöhammer<sup>1</sup>, H. Stummer<sup>1,4</sup>;

<sup>1</sup>UMIT, Institut für Management und Ökonomie im Gesundheitswesen, Hall in Tirol, Austria, <sup>2</sup>UMIT, Hall in Tirol, Austria,

<sup>3</sup>tirolkliniken, Innsbruck, Austria, <sup>4</sup>PU Schloss Seeburg, Seekirchen/Wallersee, Austria.

### Hintergrund

Durch die Akademisierung der Physiotherapie und die Anhebung in den tertiären Ausbildungsbereich wurde die Basis gelegt, Masterstudiengänge im Bereich der Physiotherapie in Österreich einzuführen und damit den internationalen Entwicklungen zu folgen. Es gibt aber spezifisch für die Physiotherapie in Österreich nur sehr wenige Master-Studien bzw. –Lehrgänge und diese sind auch typischerweise kostenpflichtig. Welche Motive hatten nun PhysiotherapeutInnen, die diesen Weg gewählt haben, welche Auswirkungen sind in ihrem Alltag durch die Höherqualifizierung spürbar und welche Bedeutung werden Masterausbildungen für die Physiotherapie in Österreich haben?

### Methoden

Mittels problemzentrierten Interview nach Sampling-Kriterien der Grounded-Theory und theoretischem Sättigungssprinzip wurden zehn PhysiotherapeutInnen befragt, die bereits eine postgraduale Masterausbildung absolviert hatten. Die Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (2010).

### Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass die Masterausbildungen durch den Wissensgewinn, durch die Erweiterung vor allem der wissenschaftlichen Kompetenzen sowie durch eine positivere Wahrnehmung durch die Ärzteschaft einen hohen individuellen Bedeutungsgrad aufweisen. Diese Auswirkungen decken sich stark mit den Motiven. Es gibt jedoch keine Effekte auf Einkommen bzw. Karriere und nur wenige auf die Tätigkeitsfelder. Bei letzteren kommt teilweise inzwischen eine Lehrtätigkeit in der Physiotherapieausbildung hinzu.

### Schlussfolgerungen

In Bezug auf das Berufsbild zeigen die Ergebnisse, dass Masterausbildungen für den Professionalisierungsprozess der Physiotherapie wichtig sind, auch um internationalen Trends zu folgen. Die Forschung und Wissenschaft in der Physiotherapie in Österreich weiter auszubauen, ist ein wichtiger Faktor für die Weiterentwicklung des Berufsbildes, wenn auch der Wunsch besteht, darüber hinaus den Stellenwert der praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten hoch zu halten. Dazu benötigt es aber spezialisierte Masterausbildungen und in Zukunft auch die Möglichkeit zur fachspezifischen Promotion.

## Motive von PatientInnen in der Notfallambulanz - Ein Vergleich vor und nach der Einführung von Triagierung mit einer allgemeinmedizinischen Einheit

H. Stummer<sup>1,2</sup>, S. Angerer<sup>1</sup>, N. Lorenzoni<sup>1</sup>, E. Nöhammer<sup>1</sup>, M. Raich<sup>1</sup>, C. Rissbacher<sup>3</sup>, F. Hartig<sup>3</sup>, M. Joannidis<sup>3</sup>, W. Sturm<sup>3</sup>, H. Tilg<sup>3</sup>;

<sup>1</sup>UMIT, Institut für Management und Ökonomie im Gesundheitswesen, Hall in Tirol, Austria, <sup>2</sup>PU Schloss Seeburg, Seekirchen/Wallersee, Austria, <sup>3</sup>tirolkliniken, Innsbruck, Austria.

### Hintergrund

Im April 2017 wurde an der Notfallambulanz am Zentralkrankenhaus in Innsbruck eine allgemeinmedizinische Einheit mit Öffnungszeiten von 09.00-21.00 Uhr montags bis freitags eingeführt. Seitdem werden PatientInnen triagiert und je nach Krankheit und Schweregrad der internistischen Notfallambulanz oder der allgemeinmedizinischen Einheit zugewiesen. Ziel dieser Studie ist es zu untersuchen, ob die Einführung dieser allgemeinmedizinischen Einheit samt Triagierung einen Einfluss auf die Motive des Besuchs der Notfallambulanz hat. Eine Baseline-Messung im März 2017 ergab für drei verschiedene Patientenpfade sehr unterschiedliche Motivlagen.

### Methode

Mittels eines aus einer früheren Studie entwickelten Fragebogens über Patientenmotive wurden vor Einführung der allgemeinmedizinischen Einheit eine Woche durchgehend Patientenmotive in der Notfallambulanz am Zentralkrankenhaus in Innsbruck erhoben. Diese Messung wird in der Woche vom 12.-19. März 2018 wiederholt und die Ergebnisse der beiden Erhebungen miteinander verglichen.

### Ergebnis

Die Ergebnisse der ersten Erhebung zeigen, dass abhängig vom Patientenpfad die Hauptmotive für den Besuch in der Notfallambulanz die ausgedehnten Öffnungszeiten, bessere Qualitätserwartungen und die Verfügbarkeit von Fachärzten und mehr diagnostischen Tests sind. Ergebnisse aus der zweiten Erhebung werden ab der KW 13/2018 vorliegen, sodass die Unterschiede zwischen den Erhebungen auf der wissenschaftlichen Tagung der ÖGPH präsentiert werden können.

### Schlussfolgerung

Das Kennen von Patientenmotiven ist zentral zur Steuerung von Patientenströmen, insbesondere in Ländern ohne Gatekeeping.

## Nationalratswahl 2017: Die Analyse der Wahlprogramme der politischen Parteien auf deren gesundheitliche Auswirkungen

**F. L. Stigler;**  
Med Uni Graz, Graz, Austria.

### Hintergrund

Laut der Global Burden of Disease Study sind eine schlechte Ernährung, Rauchen und Alkoholkonsum die Risikofaktoren, die in Österreich die meisten verlorene Lebensjahre durch vorzeitigen Tod oder Behinderung (DALYs) verursachen. Obwohl Österreich vorteilhafte soziale Gesundheitsdeterminanten ausweist, ist im europäischen Vergleich der regelmäßige Konsum von Obst und Gemüse gering, die Raucherprävalenz hoch und der durchschnittliche Alkoholkonsum sehr hoch. Von einer angemessenen Gesundheitspolitik sind deshalb evidenzbasierte Maßnahmen zu diesen drei priorisierten Risikofaktoren zu erwarten. Ziel dieser Studie war es, die Wahlprogramme der politischen Parteien zur Nationalratswahl 2017 zu analysieren und deren Auswirkungen auf diese drei Risikofaktoren zu bewerten.

### Methoden

Die einzelnen Wahlprogramme der politischen Parteien im Nationalrat (SPÖ, ÖVP, FPÖ, Grüne, NEOS und Liste Pilz) wurden nach Maßnahmen durchsucht, die den drei priorisierten Risikofaktoren (Ernährung, Tabak, Alkohol) entgegenwirken sollen. Um einen Goldstandard von idealen Maßnahmen zu definieren, wurde eine Recherche zu entsprechenden Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführt. Die in den Wahlprogrammen identifizierten Maßnahmen wurden daraufhin bezüglich den zu erwartenden Auswirkungen bewertet.

### Ergebnisse

In den Wahlprogrammen der einzelnen Parteien kam das Wort „Gesundheit“ zwar 160 Mal vor, die drei wichtigsten Risikofaktoren in Österreich wurden jedoch weitgehend ignoriert. Eine schädliche Maßnahme (die Aufhebung des Nichtraucherschutzgesetzes) stand zwei geringgradig gesundheitsförderlichen Maßnahmen (der Einführung des Schulfachs Gesundheit und der Förderung von pflanzlicher Ernährung) gegenüber. Im Rahmen der Recherche nach Empfehlungen der WHO wurden sechs internationale Strategiepläne identifiziert, wobei keine der darin empfohlenen evidenzbasierten Maßnahmen in einem der Wahlprogramme erwähnt wurde.

	SPÖ	ÖVP	FPÖ	Grüne	NEOS	Liste Pilz
Ernährung	0	0	0	2	2	0
Tabak	0	0	3	0	0	0
Alkohol	0	0	0	0	0	0

1 = Gesundheitsförderliche Vorschläge (WHO Empfehlungen)  
2 = Geringgradig gesundheitsförderliche Vorschläge  
3 = Gesundheitsschädliche Vorschläge  
0 = Keine Vorschläge

### Schlussfolgerungen

In den Wahlprogrammen der politischen Parteien zur Nationalratswahl 2017 wurden die drei wichtigsten Risikofaktoren in Österreich weitgehend ignoriert. Die vielen von der WHO empfohlenen, evidenzbasierten Maßnahmen waren in keinem Wahlprogramm aufzufinden. Es stellt sich die Frage, ob sich die österreichische Public Health Gemeinschaft vermehrt um Primärprävention und Advocacy bemühen sollte.

## Gesundheitsfördernde und Gesundheitskompetente Primärversorgung - erste Schritte zu einem Organisationsmodell

**D. Rojatz<sup>1</sup>, P. Nowak<sup>1</sup>, S. Finker<sup>2</sup>, E. Leuprecht<sup>1</sup>;**  
<sup>1</sup>Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Austria, <sup>2</sup>Institut für Gesundheitsförderung und Prävention, Graz, Austria.

### Hintergrund

Gesundheitsförderung zielt darauf ab, die Gesundheitsressourcen von Menschen zu stärken – unabhängig davon, ob eine Erkrankung schon besteht oder nicht. Durch den häufigen Kontakt von Menschen zu Einrichtungen der Primärversorgung – Stichwort Hausarzt oder zunehmend auch Primärversorgungseinheiten –, bieten sich diese Einrichtungen an, verstärkt auch Angebote zur Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitskompetenz zu machen. Dies ist bereits im Primärversorgungsgesetz und dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2017 vorgesehen. Die konkrete Umsetzung bleibt jedoch noch vage. Daher zielt unser Projekt darauf ab, Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitskompetenz in Primärversorgungseinheiten systematisch zu verankern.

### Methode (Vorgehensweise)

Das Projekt setzt auf drei Ebenen an: Ausgehend von der Annahme, dass Primärversorgungseinrichtungen ihre Prozesse und Strukturen adaptieren müssen für eine nachhaltige Implementierung der aufgezählten Aspekte, wird ein Blue Print für ein Organisationsmodell „Gesundheitsfördernde und Gesundheitskompetente Primärversorgungseinheit“ entwickelt. Zur Unterstützung wird auch an Tools zur Unterstützung des Primärversorgungsteams in der Umsetzung von Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitskompetenz gearbeitet. Projektzwischenergebnisse werden in die aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen eingebracht.

### Ergebnisse

In einem ersten Schritt wurden die im Primärversorgungsgesetz vorgeschriebenen Inhalte eines Versorgungskonzepts von Primärversorgungseinheiten hinsichtlich notwendiger Bezüge zu Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitskompetenz analysiert. Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitskompetenz gilt es u.a. beim Versorgungsbedarf, den Versorgungszielen und den Versorgungsleistungen zu berücksichtigen, aber auch in der Aufbau- und Ablauforganisation. Erste Überlegungen zu Indikatoren für den regionalen Versorgungsbedarf, konkrete Leistungen für Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitskompetenz sowie hinsichtlich einer gesundheitsfördernden und gesundheitskompetenten Ablauf- und Aufbauorganisation wurden angestellt und mit Vertretern von umsetzenden bzw. im Aufbau befindlichen Primärversorgungseinheiten diskutiert.

### Weiteres Vorgehen

In einem nächsten Schritt sollen die Ergebnisse mit Stakeholdern diskutiert und weiter ausgearbeitet werden. Für die Weiterentwicklung des Organisationsmodells gilt es Voraussetzungen für dessen Implementierung zu definieren (und in der Folge zu schaffen), Strukturen und Kernprozesse der Primärversorgungseinheit zu adaptieren und Aktivitäten zu erweitern.



## Arteria Danubia (ArDa) - FuE-Anbahnungsprojekt zur Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit in Donauanrainerstaaten

**A. Lakasz;**

ifgs FOM - Institut für Gesundheit und Soziales, FOM, München, Germany.

### Hintergrund

Die Verfügbarkeit und die Qualität der gesundheitlichen Versorgung und Vorsorge für die mehr als 100 Millionen Einwohner im Donauraum divergieren aufgrund sozioökonomischer Rahmenbedingungen und der Gesundheitskompetenz stark. Gesundheitliche Chancenungleichheit ist die Folge von unterschiedlichen individuellen gesundheitlichen Belastungen, persönlichen Bewältigungsressourcen und einer national im Donauraum sehr heterogen ausgeprägten Versorgung. Ziel des laufenden Drittmittelprojektes ArDa ist es, universitäre Player der Public Health aus den Donauanrainerstaaten Bulgarien, Ungarn und Deutschland dahingehend zu befähigen, dass in weiterer Folge des Projektes Strukturen entstehen, die die existierenden Ungleichheiten möglicherweise mildern.

### Beschreibung des Projektes

Erstes Ziel des Anbahnungsprojektes ArDa war es, die beteiligten Organisationen ELTE (Universität Budapest), TU Sofia und ifgs (FOM Hochschule, Deutschland) inhaltlich zusammenzuführen. Hierzu wurden zwei Workshops und eine erste Konferenz bereits durchgeführt. Ziel des zweiten Projektjahres ist es, im Projektverbund mindestens ein Nachfolgeprojekt zu entwickeln und einzureichen, um die europäischen Aktivitäten des Netzwerkes weiter zu forcieren. Ein Erasmus+-Projektantrag wurde daraufhin im März dieses Jahres bereits eingereicht. Es fokussiert das ECTS-angelehnte Empowerment Studierender zu GesundheitsregionenmanagerInnen in Anlehnung an das etablierte Konzept der bayerischen Gesundheitsregionenplus. Das Zertifikat trägt zur Attraktivitätssteigerung der PH-Studiengänge bei und hilft Studierenden bei der Arbeitsplatzfindung. Epidemiologische und soziodemografische Erkenntnisse der Workshops und der Konferenz konnten somit bereits konkret genutzt werden. Ein weiterer Erasmus+-Antrag folgt zur Entwicklung eines digitalen Managementtools für die GesundheitsmanagerInnen in Absprache mit den jeweils nationalen Partnern des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

### Evaluierungsergebnisse

Da bereits ein Antrag gestellt wurde, ist die Mindestanforderung des Projektträgers (BMBF) schon erfüllt. Der zweite Projektantrag indiziert, dass es sich bei dem seit Jahren in Bayern erfolgreich durchgeführten Projekt um eines mit hohen Disseminationseffekten handeln kann, dem jedoch die digitale Komponente noch fehlt. Die interne Evaluation führte zum klaren Resultat, dass die intensive Zusammenarbeit zur Identifikation zweier Forschungslücken geführt hat.

### Empfehlungen

Gesundheit ist aktuell nicht Bestandteil der Europäischen Menschenrechtskonvention. Eine Ost-West-Migration ist aufgrund teilweise katastrophaler Versorgungs- und Vorsorgesituationen sowie schlechter ökonomischer Verhältnisse in der Konsequenz ein unhaltbarer sozialer Tatbestand. Trotz politisch teilweise schwieriger Rahmenkonstellationen ist in den mittelsüdosteuropäischen Staaten der Europäischen Union daher eine praxisaffine PH-Forschung und Entwicklung partnerschaftlicher Strukturen dringend indiziert.

## Zuckerreduktion mit Hilfe eines schulischen Ernährungsbildungsprogramms in Wiener Schulen

**E. Winzer<sup>1,2</sup>, M. Luger<sup>1,2</sup>, M. Schätzer<sup>1</sup>, N. Moser<sup>1</sup>, J. Schätzer<sup>1</sup>, C. Putzhammer<sup>1</sup>, L. Angelmaier<sup>1,3</sup>, M. Lechleitner<sup>1,4</sup>, A. Rieder<sup>2</sup>, F. Hoppichler<sup>1,3</sup>;**

<sup>1</sup>Special Institute for Preventive Cardiology And Nutrition - SIPCAN, Elisabethen/Salzburg, Austria, <sup>2</sup>Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien, Wien, Austria, <sup>3</sup>Abteilung für Innere Medizin, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg, Salzburg, Austria, <sup>4</sup>Abteilung für Innere Medizin, Landeskrankenhaus Hochzirl, Hochzirl, Austria.

### Hintergrund

Schulen eignen sich besonders als ideale Settingpartner im Bereich der Primärprävention, da vorhandene Strukturen genutzt und Kinder aus allen Bevölkerungsschichten erreicht werden können. Das Ziel dieser Sekundäranalyse war es, den Effekt der 5-wöchigen Ernährungsintervention auf die Zuckeraufnahme in Wiener Schulen zu testen.

### Methoden

Im Rahmen einer randomisiert kontrollierten Studie (prä-post Design) wurde die Wirksamkeit eines Ernährungsbildungsprogramms, des „Trink- und Jausenführerscheins“, in sieben Wiener Schulen getestet. Dieses Programm wird für 5 Wochen von PädagogInnen in der 5. Schulstufe durchgeführt. Insgesamt nahmen 18 Klassen an dieser Studie teil, davon waren sechs Klassen die Kontrollgruppe und erhielten eine Ernährungserziehung laut Lehrplan. Mittels semiquantitativen „Food Frequency Questionnaire“ wurde die Aufnahme an zugesetztem Zucker berechnet und der BMI durch Selbstangaben erhoben.

### Ergebnisse

Insgesamt nahmen 344 SchülerInnen teil und waren im Alter von 10 (1) Jahren. Davon waren 4% adipös und 14% übergewichtig. Anfangs nahm die Interventionsgruppe (IG; n=240) 70,8 (41,7) g bzw. 13,4 (7,8) Energie-% an zugesetztem Zucker auf und in der Kontrollgruppe (KG; n=104) 73,3 (44,1) g bzw. 13,8 (8,2) Energie-%/Tag (p=0,619 bzw. p=0,659). Nach der Intervention reduzierte sich die Zuckeraufnahme signifikant in der IG um -10,1 (95% KI -18,8; -1,5) g bzw. -2,0 (-3,6; -0,4) Energie-% im Vergleich zur Kontrollgruppe (p=0,021 bzw. 0,015; kontrolliert nach Alter, Geschlecht, Schule, BMI, Migrationshintergrund und Ausgangswert). Dies entspricht einer signifikanten Reduktion von 13% in der IG und von 6% in der KG (p=0,001). Folglich führte das Ernährungsbildungsprogramm zu einer mittleren Reduktion von 50 g an zugesetztem Zucker pro Schulwoche und SchülerIn. Folgende Lebensmittelgruppen trugen zu dieser Zuckerreduktion bei: Süßigkeiten & Mehlspeisen (IG: -23% vs. KG: -1%; p=0,001) und Limonaden (IG: -31% vs. KG: -13%; p=0,030).

### Schlussfolgerungen

Durch das schulische Ernährungsbildungsprogramm wurde die Aufnahme an zugesetztem Zucker verstärkt reduziert. Durch eine Kombination mit verhältnispräventiven Maßnahmen könnte dieser Effekt zusätzlich unterstützt werden z.B. durch Optimierung des Angebots am Schulbuffet oder am Getränkeautomaten.



## Schlüsselfaktoren für die Gestaltung von Bewegungsangeboten zur Initiierung einer Verhaltensänderung von inaktiven Personen

S. Tuttner, P. Holler, F. Amort;

FH JOANNEUM, 8344 Bad Gleichenberg, Austria.

### Hintergrund/Beschreibung des Projekts

Die steirischen Gesundheitsziele bestreben die Schaffung von Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben, unter anderem durch Interventionen zur Förderung des Bewegungsverhaltens und folglich der Bewegungskompetenz der Bevölkerung. Im Pilotprojekt „Primary Care und Bewegungskompetenz“ (2015-2017) führten AllgemeinmedizinerInnen in ihren Praxen eine Messung zur Bewegungskompetenz mit den PatientInnen durch. Jene Personen, die aufgrund der Messung als „inaktiv“ eingestuft wurden, erhielten ein „Rezept für Bewegung“ und wurden zu einem der Zielgruppe entsprechenden und von einem Sportwissenschaftler begleiteten Bewegungsangebot weitervermittelt. Das Projekt strebte mit diesem Ansatz im Setting Primärversorgung eine Veränderung des Bewegungsverhaltens von inaktiven Personen an. Ziel der internen Prozessevaluation war es, individuelle Bedarfe und Bedürfnisse der TeilnehmerInnen zu erheben und diese in die Gestaltung der Einheiten zu integrieren, um das Vorhaben nachhaltig erfolgreich zu gestalten.

### Evaluierungsergebnisse

Im Rahmen der internen Prozessevaluierung wurden qualitative Interviews und Gruppendiskussionen mit den TeilnehmerInnen der Bewegungsangebote durchgeführt. Der Fokus lag auf den potenziellen Barrieren bzw. Motivationsfaktoren für inaktive Personen hinsichtlich einer Teilnahme an diversen Bewegungsinterventionen. In diesem Zusammenhang konnten folgende Schlüsselfaktoren eruiert werden:

- Attraktive Bewegungsangebote enthalten eine Kombination aus Ausdauer- und Krafttraining und die Intensität der Übungen ist niederschwellig.
- Des Weiteren ist es wichtig, die Bewegungskompetenz der TeilnehmerInnen durch die Vermittlung von Wissen und Fähigkeiten zu steigern und Ihnen Tipps für die Umsetzung im persönlichen Umfeld weiterzugeben.
- Innerhalb homogener Gruppen ist die Motivation für physische Aktivität und schlussfolgernd für einen aktiven Lebensstil sehr hoch. Inaktive Personen möchten sich nicht mit ev. jüngeren aber vor allem nicht mit leistungsfähigeren Personen messen.
- Lange Bindungen durch ev. vertraglich geregelte Mitgliedschaften bei Sportvereinen oder in Fitnessstudios wirken auf inaktive Personen eher verunsichernd bzw. abschreckend.
- AllgemeinmedizinerInnen bzw. HausärztInnen sind wichtige MeinungsbildnerInnen und Vertrauenspersonen, wenn es um das Bewegungsverhalten geht.

### Empfehlungen

Im Rahmen dieser Erhebungen wurden erste Ansätze zur Gestaltung von Bewegungsinterventionen für inaktive Personen ersichtlich. Weitere Forschungsarbeit wäre notwendig, um allgemein gültige „Guidelines“ erstellen zu können, die bei der Gestaltung von Interventionen für inaktive Personen zu berücksichtigen sind und weiterführend eine physische Verhaltensänderung initiieren.

# Posterpräsentationen Ib





## Vergleichende Analyse der Gichtmittel Febuxostat und Allopurinol

S. Janzek-Hawlat<sup>1</sup>, F. Gruber<sup>1</sup>, S. Sibinovic<sup>1</sup>, B. Reichardt<sup>2</sup>;

<sup>1</sup> Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Statistik und Business Intelligence

<sup>2</sup> Burgenländische Gebietskrankenkasse, Behandlungsökonomie.

### Hintergrund

Am 15. November 2017 informierte die Food and Drug Administration (FDA), dass die vorläufigen Ergebnisse einer Sicherheitsstudie mit Febuxostat auf eine erhöhte kardiovaskuläre Mortalität im Vergleich zu Allopurinol hinweisen.[1] Auch die Gesamtsterblichkeit war in der Febuxostat-Gruppe erhöht. Die Idee des hier vorliegenden Projektes ist, das erhöhte Risiko von Febuxostat gegenüber Allopurinol aus den Abrechnungsdaten der Krankenversicherungsträger für die österreichische Realversorgung zu quantifizieren.

### Methode

Auf Basis der Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherungsträger wird eine retrospektive Beobachtungsstudie durchgeführt. Datenbasis sind die Heilmittelabrechnung, die Diagnosen stationärer Krankenhausaufenthalte sowie Mortalitätsdaten der zentralen Partnerverwaltung der Sozialversicherungsträger. Der Beobachtungszeitraum erstreckt sich von 1. Jänner 2013 bis 31. Dezember 2016. In diesem Zeitraum erhielten 15.184 Personen zumindest eine Packung eines Medikaments mit dem Wirkstoff Febuxostat, ATC-Code M04AA03, und 183.722 Personen zumindest eine Packung mit dem Wirkstoff Allopurinol, ATC-Code M04AA01.[2] In die vergleichende Analyse wurden jene inzidenten Personen inkludiert, die die harnsäuresenkende Therapie ab 2014 begonnen haben und denen danach zumindest 6 Packungen Febuxostat oder Allopurinol rezeptiert wurden. Exkludiert wurden Personen mit einer onkologischen/hämatologischen Hauptdiagnose bei einem stationären Aufenthalt. Ergebnisparameter sind Tod oder ein stationärer Aufenthalt mit der Hauptdiagnose Herzinfarkt (ICD10-Codes I.20 bzw. I.21) oder Schlaganfall (ICD10-Code I.63) während der Therapie oder innerhalb von 6 Monaten nach der letztmaligen Abgabe eines der beiden Wirkstoffe.

### Ergebnisse

Von 4.811 inzidenten Personen mit Febuxostat (Durchschnittsalter 69,2; 26% weiblich) verstarben 4,97% (n=239) im Analysenzeitraum, 1,06% (n=51) hatten einen Herzinfarkt und 0,91% (n=44) einen Schlaganfall. Von 13.825 inzidenten Personen mit Allopurinol (Durchschnittsalter 71,0; 42% weiblich) verstarben 5,40% (n=746) im Analysenzeitraum, 0,86% (n=119) hatten einen Herzinfarkt und 0,72% (n=99) einen Schlaganfall.

Nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung der Allopurinolgruppe auf die Febuxostatgruppe ist Febuxostat mit einer im Vergleich zu Allopurinol erhöhten Herzinfarkt- und einer erhöhten Schlaganfallrate verbunden, relative Risikoerhöhung für Sterblichkeit 1,02, Herzinfarkt 1,22 und Schlaganfall 1,36.

### Schlussfolgerungen

Die Resultate der vorliegenden Beobachtungsstudie stützen den Warnhinweis der FDA zu Febuxostat für eine erhöhte klinische Ereignisrate von Herzinfarkt und Schlaganfall im Vergleich zu Allopurinol. Die Analyse zeigt auch, dass Routinedaten von Sozialversicherungsträgern für die Evaluierung von Sicherheitssignalen herangezogen werden können und schnell Ergebnisse für klinisch relevante Entscheidungen liefern können.

[1] <https://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm585281.htm> [2] Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

## Gesundheitsökonomische Evaluation von Primärversorgungszentren - Eine Kosten-Nutzen Analyse

S. Panholzer;

IMC FH Krems, Krems an der Donau, Austria.

### Hintergrund

Im internationalen Kontext findet die Primärversorgung und die medizinische Primärversorgung immer breiteren Anklang. Mit der Schaffung von Primärversorgungszentren soll die Gesundheit gefördert und Krankheiten weitgehend vermieden, sowie eine qualitativ hochwertige Krankenbehandlung gewährleistet werden. Zusätzlich soll durch eine gestärkte Primärversorgung der hohen Krankenhaushäufigkeit und Überlastung der Spitalsambulanzen gegengesteuert werden.

### Methode

Die Kosten-Nutzen Analyse ist ein bekanntes wirtschaftlichkeitsanalytisches Verfahren um öffentliche Projekte zu bewerten. Als Entscheidungsregel für die Kosten-Nutzen-Analyse gilt. Ist die Summe der Zahlungsbereitschaften höher als die Kosten, soll die Maßnahme durchgeführt werden. Die Nutzenbewertung erfolgt über die indirekte Präferenzmessung, da ein Großteil der Nutzelemente intangible Effekte darstellen. Speziell im Gesundheitsbereich kumulieren sich viele kleinere Effekte zu einem großen Effekt. Mit Hilfe der Systematisierung der einzelnen Effekte und der Erstellung von Wirkungsketten werden so die wichtigsten Nutzeneffekte analysiert und mit Referenzwerten monetär bewertet.

### Ergebnisse

Die Summe der positiven Nutzelemente beträgt dabei 23.630.591,43 €, während im Vergleich die Kosten in Kombination mit den negativen Effekten in der Periode 0 3.078.015,73 € und in weiterer Folge 2.778.015,73 € pro Periode betragen. Abgezinst um einen Faktor von 5 % wird ein Gegenwartswert des Nutzens von 107.423.499,04 € und der Kosten von 12.928.722,00 € erhalten. Der Nettogegenwartswert beläuft sich auf 94.494.777,04 €. Das Verhältnis von Nutzen zu Kosten beträgt 8,31.

### Schlussfolgerung

Aus den gewonnenen Ergebnissen kann geschlossen werden, dass die Primärversorgungszentren effiziente Möglichkeiten bieten, um auf den wachsenden Kostendruck im Gesundheitssystem Einfluss zu nehmen. Ökonomisch betrachtet bietet das Primärversorgungszentrum einen Überschuss an monetären Nutzen und es kann eine weitere Entwicklung der Primärversorgung in Österreich befürwortet werden.



## Prävention eines allgemeinmedizinischen LandärztInnenmangels. Umsetzung von Maßnahmen in Österreich.

C. Zipp<sup>1</sup>, B. Fuchs-Neuhold<sup>1</sup>, F. Stigler<sup>2</sup>, A. Siebenhofer-Kroitzsch<sup>2</sup>;

<sup>1</sup>FH JOANNEUM, Graz, Austria, <sup>2</sup>Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Graz, Austria.

### Hintergrund

Im internationalen Vergleich weist Österreich die vierthöchste Ärztedichte auf (World Bank, 2011). Daten auf nationaler Ebene zeigen eine Anzahl von 44.489 ÄrztInnen. Davon haben 3.731 AllgemeinmedizinerInnen eine Ordination und einen GKK-Vertrag. Dies entspricht einem Anteil von 8,4% an „klassischen HausärztInnen“. Prognosen deuten darauf hin, dass in den nächsten zehn Jahren 53% der HausärztInnen in Österreich in Pension gehen werden (Mag. Sinabell, ÖÄK, E-Mail, 24.02.2017). Besonders spürbar ist die Pensionierungswelle und der Bedarf an Nachfolgern im niedergelassenen ländlichen Bereich (Die Ärztekammer Steiermark, 2016). Die medizinische Versorgung von PatientInnen in ländlichen Gebieten steht daher vor einer Herausforderung (Dolea, 2010, S. 7). Deshalb sind relevante und umsetzbare Maßnahmen für Österreich zu identifizieren und umzusetzen. Das Ziel war es herauszufinden, wie die Umsetzung von Maßnahmen zur Prävention eines allgemeinmedizinischen LandärztInnenmangels in Österreich konkret erfolgen kann.

### Methoden

Es fand eine fokussierte Literaturrecherche nach nationalen und internationalen Positionspapieren und Übersichtsarbeiten statt, um Maßnahmen gegen einen allgemeinmedizinischen LandärztInnenmangel ausfindig zu machen. Daraufhin wurde ein Maßnahmenkatalog erstellt, der von zehn ExpertInnen in einem an die RAND/ULCA Appropriateness Method angelehnten zweistufigen Panelverfahren hinsichtlich Verständlichkeit, Relevanz und Umsetzbarkeit bewertet wurde. Sieben Maßnahmen wurden als relevant und umsetzbar in Österreich evaluiert (Stigler et al., 2017, S. 19, 23). Mittels einer schriftlichen Befragung wurden die ExpertInnen über die Möglichkeiten der Umsetzung dieser sieben Maßnahmen in Österreich befragt.

### Ergebnisse

Die meisten der sieben Maßnahmen sind in Österreich in unterschiedlichen Ausprägungen vorhanden. Das Zusammenwirken von übergeordneten Organisationen ist notwendig, um die Maßnahmen österreichweit zu fördern. Darunter fallen vor allem der Bund, die Länder, die Österreichische Ärztekammer, die Gesundheitsfonds, die Gebietskrankenkassen, die medizinischen Universitäten und Institute für Allgemeinmedizin. Die Ergebnisse deuten auf eine Bereitstellung der finanziellen Mittel durch den Bund, die Länder, die Sozialversicherungen und die Gesundheitsfonds hin. Mögliche Hindernisse bei der Implementierung der Maßnahmen, wie beispielsweise gegenläufige politische Interessen, sind zu berücksichtigen. Zudem können die Erfahrungen von anderen Ländern hilfreich bei der Umsetzung der Maßnahmen sein.

### Schlussfolgerung

Die Maßnahmen weisen in Österreich Optimierungsbedarf auf und sollten in den einzelnen Bundesländern ausgebaut werden. Einem allgemeinmedizinischen LandärztInnenmangel kann vorgebeugt werden, wenn mehrere Maßnahmen gebündelt und unverzüglich von den zuständigen Organisationen umgesetzt werden.

## Frailty Status bei PatientInnen mit seropositiver rheumatoider Arthritis im erwerbsfähigen Alter: Eine Querschnitt-Untersuchung

S. Haider<sup>1</sup>, I. Grabovac<sup>1</sup>, C. Berner<sup>2</sup>, T. Lamprecht<sup>2</sup>, K. H. Fenzl<sup>3</sup>, L. Erlacher<sup>3</sup>, T. E. Dorner<sup>1</sup>;

<sup>1</sup>Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health, Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin, Wien, Austria, <sup>2</sup>Kaiser-Franz-Josef-Spital, Medizinische Abteilung mit Rheumatologie und Osteologie, Wien, Austria, <sup>3</sup>Karl Landsteiner Gesellschaft, Institut für Autoimmunerkrankungen und Rheumatologie, Wien, Austria.

### Einleitung

Die Prävalenz von Frailty, zu deutsch Gebrechlichkeit, wurde schon in vielen Studien, vor allem bei älteren Personen, erforscht. Das Vorkommen von Frailty im arbeitsfähigen Alter ist jedoch wenig untersucht. Sowohl bei Frailty als auch bei rheumatoider Arthritis (RA) sind die Muskelmasse und die Muskelkraft reduziert und Erschöpfung kommt häufig vor. Es liegt daher die Annahme nahe, dass eine hohe Prävalenz von Frailty bei arbeitsfähigen RA-PatientInnen vorliegt. Daher war es das Ziel dieser Analyse die Prävalenz von Gebrechlichkeit in diesem PatientInnenklientel zu erheben und Faktoren zu bestimmen, die mit Frailty in Verbindung stehen.

### Methoden

In diese monozentrische Studie wurden 100 RA PatientInnen zwischen 18-65 Jahren eingeschlossen. Die Gebrechlichkeit wurde mit dem validierten Kalkulator "Frailty Instrument for Primary Care of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe" (SHARE-FI) quantifiziert. Basierend darauf wurden die Patienten in frail, prefrail und robust unterteilt. Die Krankheitsdauer wurde in Monaten erhoben und die Krankheitsaktivität wurde mit dem "Clinical Disease Activity Index" bestimmt. Zusätzlich wurde die Schmerzintensität mit einer "Visuellen Analogskala" erhoben und der Beschäftigungsstatus wurde erfragt. Unterschiede zwischen prefrail/frail und robusten Personen wurden mit U-Tests und Chi-Quadrat-Tests berechnet. Anschließend wurde mit einer multivariablen Regressionsanalyse, die nach Geschlecht und Alter adjustiert wurde, der Zusammenhang zwischen SHARE-FI und verschiedenen krankheitspezifischen Parameters bestimmt.

### Ergebnisse

15% der untersuchten Population waren gebrechlich, 30% wurden als prefrail klassifiziert und 55% waren robust. 89% der prefrail/frail Personen litten an Erschöpfung. Im Vergleich zu den robusten Personen, hatten prefrail/frail Leute einen signifikant höheren Median bei der Krankheitsaktivität [4,0 (Q25-Q75: 0,0-10,0) vs. 11,0 (Q25-Q75: 6,0-18,0)], sowie bei der Schmerzintensität [3,0 (Q25-Q75: 2,0-4,0) vs. 4,0 (Q25-Q75: 2,8-6,3)]. Außerdem war die Arbeitslosenrate höher [31% vs 53%]. Weitere Ergebnisse zeigen, dass eine höhere Krankheitsaktivität ( $\beta=0,444$ ;  $p<0,001$ ), Arbeitslosigkeit ( $\beta=0,243$ ;  $p=0,005$ ), Schmerzintensität ( $\beta=0,186$ ;  $p=0,060$ ) sowie Krankheitsdauer ( $\beta=0,181$ ;  $p=0,020$ ) signifikant mit dem Frailty-Score assoziiert waren.

### Schlussfolgerung

Ein großer Anteil der RA PatientInnen sind bereits im erwerbsfähigem Alter prefrail/frail. Da Frailty mit einer höheren Krankheitsaktivität, Schmerzintensität und Arbeitslosigkeit assoziiert ist, scheint es wichtig dieses Syndrom bereits in dieser Altersgruppe zu berücksichtigen und Maßnahmen zu setzen (Ernährungs- und Bewegungsinterventionen), die der Entwicklung von Frailty entgegenwirken können.



## Datenqualitätsanalyse mittels Quelldatenabgleich im Kontext eines onkologischen Spitzenzentrums

M. Borner<sup>1,2</sup>, R. Dengler<sup>3,4</sup>, D. Nasseh<sup>5,6</sup>;

<sup>1</sup>Comprehensive Cancer Center Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Germany, <sup>2</sup>Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Germany, <sup>3</sup>FOM - Hochschule für Ökonomie und Management München, München, Germany, <sup>4</sup>Institut für Gesundheit & Soziales, München, Germany, <sup>5</sup>Comprehensive Cancer Center München, München, Germany, <sup>6</sup>Institut für Medizinische Informationsverarbeitung Biometrie und Epidemiologie der Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Germany.

### Hintergrund

Daten von niedriger Qualität sind in kommerziellen und wissenschaftlichen Datenbanken allgegenwärtig. Es gilt das sogenannte garbage-in-garbage-out Prinzip. Fehler in den Daten verursachen Fehler in daraus generierten Statistiken. Mangelndes Vertrauen in Daten führt zu Fehlentscheidungen und es werden Chancen verpasst, wenn Daten verspätet vorliegen oder unvollständig sind. Daher hat in den letzten Jahren das Thema Datenqualität sowohl in der Wissenschaft als auch in der Praxis immer mehr an Bedeutung gewonnen. Qualitativ hochwertige Daten sind auch in der medizinischen Forschung - beispielsweise in Krankheitsregistern - von immenser Bedeutung, denn der Nutzen dieser Krankheitsregister hängt ganz wesentlich von der Qualität der dort erfassten Daten ab. Ziel dieser Arbeit ist es, die Datenqualität einer Tumordokumentationsdatenbank zu bestimmen. Die Forschungsfrage dabei lautet: Ist die Datenqualität der Tumordokumentationsdaten ausreichend, um diese als Grundlage für die wissenschaftliche Forschung zu verwenden?

### Methoden

Die Datenüberprüfung erfolgt anhand einer Source Data Verifikation. Hierbei wird eine definierte Stichprobe der in dem Tumordokumentationssystem erfassten Daten mit den ursprünglichen Quelldokumenten verglichen. Die Daten werden auf die Qualitätsindikatoren: Vollständigkeit, Aktualität und Korrektheit überprüft und anschließend ausgewertet. Das Ergebnis wird über ein Feedbacksystem an die Dokumentationskräfte zurückgespiegelt mit dem Ziel, die Qualität der Daten zu verbessern.

### Ergebnisse

Die Analyse weist am untersuchten Zentrum 99,1 % korrekte, 99,17 % vollständige und 65,61 % aktuelle Tumordokumentationsdaten in Bezug auf die Transkriptionsqualität auf. Die Qualitätsindikatoren Korrektheit und Vollständigkeit liegen somit in dem definierten Qualitätsniveau von  $\geq 95\%$ . Bei der Aktualität wurde das angestrebte Qualitätsniveau von 100 % unterschritten.

### Schlussfolgerungen

Das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung hat ergeben, dass die Transkriptionsfehler in Bezug auf die Vollständigkeit und Korrektheit weniger als ein Prozent betragen. Demnach könnten die Auswirkungen von Transkriptionsfehlern auf die Forschung vermutlich als sehr gering betrachtet werden, da in Bezug auf die wissenschaftliche Forschung nicht unbedingt die Aktualität, sondern die Vollständigkeit und Korrektheit der Daten im Fokus stehen. Allerdings kann die Forschungsfrage nicht alleine durch die gegebene Analyse beantwortet werden, da Fehler bereits beim Erzeugen der Quelldaten entstehen können und nur eine definierte Stichprobe der Daten ausgewertet wurde. Anschlussuntersuchungen von beispielsweise weiteren Qualitätsindikatoren, angepasster Stichprobe und anderen Patientenkohorten erscheinen als notwendig.

## Endurance training does not improve cognitive functions in elderly marathon runners

D. Batmyagmar<sup>1</sup>, M. Kundi<sup>1</sup>, E. Ponocny-Seliger<sup>2</sup>, J. Lehrner<sup>3</sup>, H. Haslacher<sup>4</sup>, R. Winker<sup>5</sup>;

<sup>1</sup>Center for Public Health, Medical University of Vienna, Vienna, Austria, <sup>2</sup>Empirical Research, Vienna, Austria, <sup>3</sup>Department of Neurology, Medical University of Vienna, Vienna, Austria, <sup>4</sup>Department of Laboratory Medicine, Medical University of Vienna, Vienna, Austria, <sup>5</sup>Health and Prevention Center, Sanatorium Hera, Vienna, Austria.

### Background

World Health Organization declared in 2012 that dementia is a Public Health priority. There is a continuing debate that how physical and mental health can be maintained at advanced age and which interventions might be cost-effective to prevent or delay age-related physical and mental degradation. It is well known that physical activity is beneficial to overall health and especially in regard to cognitive function. However, the effect of endurance type of exercises including long-distance running on cognitive function and mental health within the elderly population is unknown. Thus, we intended to elucidate if intensive endurance exercise among the elderly population (>60 years) is associated with improved cognitive performance and mental health.

### Methods

Elderly active marathon runners over 60 years who trained more than 2 hours a week were recruited and matched with physically inactive control individuals by age, sex, and years of education in 2008. Overall, 50 athletes and 49 control subjects were included for follow-up in 2012. Cognitive function was assessed using the German version of the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's disease (CERAD) test. In addition, the short form, quality of life survey (SF-36) was applied to assess self-reported physical, mental and emotional health.

### Results

Of 15 CERAD subtests, one showed improvements after four years reaching statistical significance. However, while control subjects improved somewhat in 'wordlist recall' and 'wordlist savings' over time marathon runners performed worse ( $p$  for interaction = .005 and .021, respectively). Concerning self-reported health, scores, in all eight domains of the SF-36 marathon runners showed higher self-reported health than controls.

### Conclusion

Results suggest that extensive endurance exercise is associated with improved subjective health and well-being in late age but does not unequivocally protect against age-related impairment of cognitive function in elderly persons.

## Posterpräsentationen 1c



## Green Care WALD Der Wald als Ort zur Gesundheitsförderung

**F. Krainer;**

Bundesforschungszentrum für Wald, Wien, Austria

Der Wald wirkt positiv auf unser aller Leben: er filtert unser Trinkwasser, schützt vor Naturgefahren, bieten Tieren und Pflanzen Lebensraum und ist nebenbei ein wichtiger Wirtschaftsfaktor. Als Ort für Freizeitaktivitäten und Entspannung trägt er aber auch maßgeblich zur Erholung vom stressigen Alltag bei. In Zeiten zunehmender Urbanisierung, die mit einer Entfremdung von der Natur einhergeht und Zivilisationskrankheiten fördert, kann der Wald eine Chance sein, diesem Trend entgegenzuwirken. Zahlreiche Studien widmen sich daher der Erholungsfunktion des Waldes und untersuchen die Wirkung von Waldaufenthalten auf die physische, psychische und soziale Gesundheit. Es zeigt sich, dass der Wald in Sachen Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention einen immer wichtigeren Stellenwert einnimmt. Aber auch als Ort für soziale und therapeutische Interventionen rückt der Wald zunehmend in die öffentliche und wissenschaftliche Diskussion. Da kommt es sehr gelegen, dass Österreich beinahe zur Hälfte mit Wald bedeckt ist und die natürliche Ressource Wald somit für Public Health innovative neue Möglichkeiten eröffnen kann.

Das Projekt Green Care WALD setzt auf soziales Engagement im Wald. Es wurde im Jahr 2014 vom Bundesforschungszentrum für Wald ins Leben gerufen und wird im Rahmen des österreichischen Programms für Ländliche Entwicklung (LE 14-20) gefördert.

Green Care WALD Aktivitäten nutzen den Wald als Ort für die Interaktion zwischen Mensch und Natur und verfolgen je nach Kontext gesundheitsfördernde, soziale oder pädagogische Ziele. Die Zielgruppen sind sehr vielfältig, z.B. Kinder und Jugendliche, Erwachsene, ältere Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund oder Menschen mit physischen oder psychischen Problemen. Green Care WALD initiiert Kooperationen zwischen Waldbesitzerinnen und Waldbesitzern, Forstbetrieben sowie Sozial-, Gesundheits-, Bildungs-, und Wirtschaftsakteuren und hilft bei der konkreten Umsetzung von Pilotideen. So entsteht eine Synergie: Das Wohlbefinden der jeweiligen Zielgruppe wird durch die Green Care WALD Projekte gefördert und gleichzeitig eröffnen sich für Waldbesitzerinnen und -besitzern Möglichkeiten zur Diversifizierung.

Wir möchten im Rahmen des eingereichten Posters aufzeigen, welchen Beitrag der Wald zur psychischen, physischen und sozialen Gesundheit im Rahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention leisten kann und welche konkreten Pilotideen bereits umgesetzt werden. Auch Möglichkeiten, den Wald gezielt in der Therapie von kranken Menschen einzusetzen möchten wir diskutieren.

## Epidemiology and Genetics of Alzheimer's Disease in the Czech Republic

**J. Janoutova<sup>1,2</sup>, O. Sery<sup>3</sup>, V. Janout<sup>1,2</sup>;**

<sup>1</sup>Faculty of Health Sciences, Olomouc, Czech Republic, <sup>2</sup>Department of Epidemiology and Public Health, Faculty of Medicine, University of Ostrava, Ostrava, Czech Republic, <sup>3</sup>Faculty of Sciences, Brno, Czech Republic.

### Abstract

Alzheimer's disease (AD) is the most common form of dementia. The increasing prevalence of AD is, among other reasons, due to population aging, which is, to a certain extent, seen worldwide. AD represents a big public health problem. In the Czech Republic case-control study of Alzheimer's disease has been performed. In this study 729 cases of Alzheimer's disease and 788 control subjects have been recruited from psychiatry hospitals. In all recruited subjects both potential risk factors have been ascertained and genetic examination has been done. Results were focusing on late onset of the disease, gender distribution of the disease, education and profession of cases and controls, vascular risk factors and some psychosocial factors. Genetic examination were focusing on already known (APOE4) as well as new candidate genes. Because the aetiology of Alzheimer's disease is still unknown it is necessary to study all potential risk factors which may contribute to the development of this disease. This knowledge may enable to improve prevention of this disease. Supported by the Czech Ministry of Health (project no. 16-31207A). All rights reserved.





## Förderung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen am Beispiel des Health Promotion Programms bei den Special Olympics World Winter Games, Austria 2017

**B. Swonar<sup>1</sup>, D. Grach<sup>2</sup>, W. Gunzer<sup>2</sup>, S. Schwarzl<sup>3</sup>;**

<sup>1</sup>FH JOANNEUM, Institut Physiotherapie, Graz, Austria, <sup>2</sup>FH JOANNEUM, Institut Diätologie, Bad Gleichenberg, Austria,

<sup>3</sup>FH JOANNEUM, Institut Ergotherapie, Bad Gleichenberg, Austria.

### Hintergrund und Motivation

Durch Barrieren, wie anfallende Kosten, Angst vor Untersuchungen und Unsicherheit oder Ungeduld von Health Professionals im Umgang mit dieser Zielgruppe, erhalten Menschen mit mentalen Beeinträchtigungen oftmals unzureichend medizinische Betreuung. Zusätzlich bestehen bei dieser Personengruppe reduzierte Fähigkeiten für die Suche, Verarbeitung und Anwendung von Gesundheitsinformationen, was einen weiteren negativen Einfluss auf den Gesundheitszustand haben kann. Um den Zugang zu medizinischen Leistungen zu verbessern wird seit 1997 parallel zu den Special Olympics-Games das weltweit größte öffentliche Gesundheitsprogramm „Healthy Athletes“ für Menschen mit mentalen Beeinträchtigungen angeboten. Dabei wird neben Untersuchungen von Zahngesundheit, Seh-, und Hörvermögen, mentaler Gesundheit und Fitnesszustand, im Sektor „Health Promotion“ versucht, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskompetenz der Betroffenen zu erfassen bzw. zu fördern.

### Beschreibung des Projekts

Mit der Planung und Umsetzung des „Health Promotion“-Programms im Zuge der Special Olympics-World Winter Games 2017 in Österreich, wurden Lehrende des Departments Gesundheit der FH JOANNEUM Graz und Bad Gleichenberg beauftragt. Daten zum individuellen Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand wurden mittels Befragungen und Screenings erhoben. Als Schwerpunkt legten die Projektleiterinnen und Projektleiter aber die Förderung der Gesundheitskompetenz der Athletinnen und Athleten fest. Inhalte zu Ernährungs-, Bewegungs- und Rauchverhalten, Sonnenschutz und Händehygiene wurden interaktiv zielgruppengerecht vermittelt und durch Workshops in Kleingruppen ergänzt. Für die interprofessionelle Umsetzung wurden dafür Health Professionals unterschiedlichster Bereiche geschult. Schwerpunkt dieser Schulungen für Volunteers war dabei die Verbesserung deren Fähigkeiten in der Interaktion und Kommunikation mit Personen mit mentalen Beeinträchtigungen.

Die Umsetzung wurde durch zielgruppengerechte Gestaltung der Settings und Materialien unterstützt, was die Motivation zur aktiven Mitarbeit der Athletinnen und Athleten steigerte.

### Empfehlungen

Da Gesundheitszustand und Gesundheitskompetenz direkt zusammenhängen, und Personen mit mentalen Beeinträchtigungen eine Risikogruppe für die Entwicklung von zusätzlichen chronischen Erkrankungen (Adipositas, Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen, etc.) darstellen, ist es naheliegend, dass besonders in dieser Gruppe das Gesundheitsziel „Verbesserung der Gesundheitskompetenz“ erarbeitet werden sollte. Im Rahmen der Special Olympics-World Winter Games 2017, erhielten 582 Athletinnen und Athleten die Möglichkeit, ihre Selbstwirksamkeit durch Aneignung von Wissen über Gesundheitsverhalten und -versorgung zu verbessern. Durch Schulung der mehr als 100 Volunteers (Studierende und Health Professionals unterschiedlichster Fachrichtungen), konnten diese ihre Fähigkeiten zur Interaktion und Behandlung von Personen mit mentalen Beeinträchtigungen nachhaltig verbessern.

## Epidemiologie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung in Österreich und detaillierte Versorgungsanalyse im Burgenland

**J. Unger<sup>1</sup>, B. Lueger-Schuster<sup>2</sup>, B. Reichardt<sup>1</sup>;**

<sup>1</sup>Burgenländische Gebietskrankenkasse, Eisenstadt, Austria, <sup>2</sup>Institut für Angewandte Psychologie: Gesundheit, Entwicklung und Förderung, Universität Wien, Wien, Austria.

### Hintergrund

Die Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine psychische Störung im Kindesalter, deren Folgen sich über den gesamten Lebensverlauf ziehen und heutzutage auch im Erwachsenenalter als chronische Erkrankung anerkannt werden. Ziel dieser Versorgungsanalyse ist es, ADHS Prävalenz- und Inzidenzzahlen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in Österreich zu erheben und vertiefend die medikamentöse und psychotherapeutische Versorgung der burgenländischen Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS und ihres familiären Umfeldes darzustellen.

### Methoden

Es werden Daten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (2013-2014) und der burgenländischen Gebietskrankenkasse (2007-2014) herangezogen. Definiert werden Personen mit ADHS über die Verordnung der Wirkstoffe Methylphenidat und/oder Atomoxetin.

### Ergebnisse

Die Versorgungsprävalenz ist sowohl in Österreich (0,04% Erwachsene, 0,42% Kinder und Jugendliche) als auch im Burgenland (0,04% Erwachsene, 0,58% Kinder und Jugendliche) niedriger als die in der Literatur angegebene Prävalenz. Die Geschlechtsverteilung entspricht jener der Literatur. Die Versorgungsprävalenz ist im Burgenland von 2007-2014 um 225% gestiegen. Psychotherapeutische Leistungen auf Kassenkosten werden bei 31% der Personen mit ADHS-Medikation durchgeführt. Das männliche Geschlecht erhöht die Chance einer Psychotherapie um das 1,5-fache. Es besteht ein zeitlicher Zusammenhang in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS und der medikamentösen und/oder psychotherapeutischen Versorgung der Eltern. Buben und Kinder mit Geschwistern mit ADHS erhalten mehr Verordnungen und haben eine längere Behandlungsdauer. 10% aller Kinder und Jugendlichen erhalten nur eine Verordnung. 68% aller Verordnungen erfolgen von Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin.

### Schlussfolgerungen

Die Daten der Sozialversicherung bieten eine gute Möglichkeit, Versorgungsprävalenzen und Trends im Therapieverhalten darzustellen und können eine wichtige Grundlage für vertiefende wissenschaftliche Analysen liefern.



## Epidemiologische Analyse zur Eignung einer erweiterten Darm-Mikrobiota-Diagnostik als Public Health Auftrag

A. Rössler;

Akademie für Immunologie und Darmgesundheit, Hamm, Germany.

In welcher Hinsicht eine erweiterte Darm-Mikrobiota-Diagnostik in der Sekundärprävention einen medizinisch nutzbaren Vorteil leisten und für die Bevölkerung als nicht invasive Screening Methode zugänglich gemacht werden kann, wird im Rahmen dieser Arbeit kritisch geprüft. Klienten mit unklaren Abdominalbeschwerden und/ oder extraintestinalen Symptomkomplexen könnten aus Sicht von Public Health und gesundheitsökonomischen Überlegungen Diagnosemöglichkeiten zugänglich gemacht werden, auch wenn diese nach schulmedizinischer Diagnostik unauffällig sind. Nach einer Online-Befragung von 380 Ärzten (N=380) betreffend Bewertung über Kenntnisse, Wichtigkeit, Möglichkeit der Implementierung und Umsetzung einer zielgerichteten Screening-Methode zur Darmgesundheit werden auch 71 Klienten-Fragebögen samt klinischer Daten und der nichtinvasiven erweiterten Mikrobiota-Diagnostik statistisch ausgewertet. Alle Antworten auf Fragestellungen liegen bezüglich Signifikanz in klinischer und nicht in statistischer Kompetenz. Die erweiterte Mikrobiota-Diagnostik erfüllt alle WHO-Kriterien eines Bevölkerung Screenings als Public Health Aspekt.

## Gesunde Nachbarschaft als Ziel und Weg für Gesundheitsförderung im kommunalen Setting

A. Reiter<sup>1</sup>, A. Matko<sup>2</sup>;

<sup>1</sup>prospect Unternehmensberatung/Gesundheitsförderung, Wien, Austria, <sup>2</sup>Styria vitalis, Graz, Austria.

### Hintergrund

Soziale Integration und Teilhabe, die Förderung der Gesundheitskompetenz sowie der Chancengerechtigkeit sind sperrige Begrifflichkeiten für die praktische Umsetzung in der kommunalen Gesundheitsförderung. Mit der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ zielte der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) darauf ab, den Einfluss von gelingenden Nachbarschaften auf Gesundheit in Kommunen, darzustellen. Zentrale Forschungsfragen der begleitenden Evaluation dieser Initiative waren: Welche Förderansätze und -methoden zeigen sich? Was hat sich kontextspezifisch als wirksam herausgestellt? Was sind die wesentlichsten Erfahrungen für die Förderung von Nachbarschaftsinitiativen und für die kommunale Gesundheitsförderung?

Zusätzlich zur Gesamtinitiative wurde in einer Case-Study das Projekt „FuN - familienunterstützende Nachbarschaft in Kapfenberg“ vertieft evaluiert. Zentrale Frage war, ob der methodisch neue Ansatz des Community Organizing für die Gesundheitsförderung im kommunalen Setting in Österreich geeignet ist.

### Methoden

Zwischen 2015 und 2017 wurden sechs Leitprojekte für die Zielgruppe „Schwangere und Familien mit Kleinkindern“ durch den FGÖ gefördert. Diese bilden die Datengrundlage für die Evaluation. Um der Komplexität der Initiative und des Einzelprojektes gerecht zu werden, wurde eine Kombination aus qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden eingesetzt. Befragt wurden Projektverantwortliche, in den Projekten ausgebildete MultiplikatorInnen, zentrale AkteurInnen aus den Kommunen und kooperierende Organisationen sowie die Zielgruppenpersonen.

### Ergebnisse

Im Wesentlichen waren es zwei zentrale Wirkmodelle, mit denen die Projekte arbeiteten, der MultiplikatorInnen- und der Vernetzungsansatz. Beide waren durchaus effektiv, zeigen aber Unterschiede in der Reichweite aufgrund unterschiedlicher Rahmen- und Umsetzungsbedingungen. Die Umsetzung des Community Organizing-Prozesses gelang nach Ansicht der Befragten. Der Vernetzungsaspekt von Müttern und Jungfamilien, die Orientierung an ihren Bedürfnissen, der hohe Motivationsgrad der AktivbürgerInnen und die sichtbaren Projekteffekte wurden hervorgehoben.

### Schlussfolgerungen

Wesentlich in der Gesamtumsetzung war der innovative Überbau der Initiative, der durch die Austausch- und Begleitstrukturen ein Lernendes System generierte, das eine zeitnahe Modifikation der Einzelprojekte und nachhaltige übertragbare Learnings nach sich zog. Die Initiative des FGÖ leistete somit nicht nur einen Beitrag zur Förderung der sozialen Gesundheit und Teilhabe, sondern liefert zukunftsweisende Inputs für die Gesundheitsförderung im kommunalen Setting und betont dessen hohe Bedeutung. Die neue Partizipationsstrategie im Rahmen des Projektes FuN funktionierte in Kapfenberg. Ob deren Nutzbarkeit für Gesundheitsförderung im kommunalen Setting generalisierbar ist, wird aktuell in einem weiteren Transferprojekt erprobt.



ISBN: 978-3-200-05671-8

---

Herausgeber: Österreichische Gesellschaft für Public Health (ÖGPH), Verleger: Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), 1051 Wien, Wiedner Hauptstraße 84-86, Tel. 05 08 08-3083, Fax 05 08 08-9069, [www.svagw.at](http://www.svagw.at), [f/svagw](https://www.facebook.com/svagw). Gestaltung: [colipa.at](http://colipa.at) Verfasser: Daniel Dick, Thomas Dorner, Christian Lackinger, Albert Strehn. Fotos: Shutterstock und SVA. Gestaltung: [colipa.at](http://colipa.at)