

Primärversorgung

Neue Primärversorgung - neue Chancen für Gesundheitsförderung?

D. Rojatz, P. Nowak;

Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Austria.

Hintergrund

Die Re-orientierung der Gesundheitsdienste in Richtung Gesundheitsförderung wird seit 30 Jahren angestrebt. Ein Bereich der in Österreich für Gesundheitsförderung erst entdeckt wird, ist die Primärversorgung. Der häufige und wiederkehrende Kontakt mit Patient/inn/en im niedergelassenen Bereich bietet gute Chancen für Gesundheitsförderung. Das neue Primärversorgungskonzept führt Gesundheitsförderung als einen Aufgabenbereich an. Daher gilt es zu klären, was Gesundheitsförderung in der Primärversorgung bedeuten kann. Unser Beitrag hat zum Ziel, existierende Gesundheitsförderungsinterventionen in der Primärversorgung zu identifizieren, erforderliche Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderungsinterventionen abzuleiten und Empfehlungen, wie Gesundheitsförderung im Setting Primärversorgung gestärkt werden kann, zu diskutieren.

Methode

Zur Identifikation existierender Gesundheitsförderungsinterventionen wurden eine systematische Datenbanksuche und eine Handsuche durchgeführt. Ergänzend wurden Expert/inn/en (n=17) zu ihnen bekannten Gesundheitsförderungsinterventionen und erforderlichen Rahmenbedingungen für deren Umsetzung befragt. Erfahrungen mit Gesundheitsförderungsinterventionen wurden im Rahmen einer Fokusgruppe mit niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerern erhoben.

Die Gesundheitsförderungsinterventionen wurden mit Hilfe eines an Rosenbrock orientierten Vier-Felder-Schemas kategorisiert. Dieses unterscheidet zwischen Risiko- und Ressourcenorientierung sowie zwischen Verhaltens- und Verhältnisebene.

Ergebnisse

Gesundheitsförderungsinterventionen in der Primärversorgung sind insbesondere auf der Verhaltensebene angesiedelt. Sie setzen an individuellen Risiken (u.a. Alkohol, Rauchen, riskantes Sexualverhalten, Depressionen) an, teilweise auch an Ressourcen (Ernährung, Bewegung). Nur vereinzelt wurden Interventionen auf der Verhältnisebene identifiziert, darunter Schul- und Gemeindearzt sowie die Beteiligung von Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerern an der Initiative „Gesunde Gemeinde“.

Allgemeinmediziner/innen sehen Gesundheitsförderung als ihre Aufgaben an, brauchen aber mehr konzeptuelle Klarheit. Wichtige Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderungsinterventionen in der Primärversorgung sind: Ein Berufsbild von „Hausarzt/inn/en“, das Gesundheitsförderung inkludiert; spezifische Aus-/Fortbildung und Information/Handreichungen, damit Allgemeinmediziner/innen das „Richtige, richtig machen“; die Bereitstellung

von Ressourcen für Gesundheitsförderung sowie Koordination und Vernetzung von regionalen Gesundheitsförderungsinterventionen.

Schlussfolgerungen

Zur Weiterentwicklung der Primärversorgung in Österreich zu einem gesundheitsfördernden Setting sollte vom existierenden Risikopräventionsansatz ausgegangen werden. Dieser könnte zunächst in Richtung individuelle Ressourcenstärkung und weiter in Richtung gesundheitsfördernde Verhältnisse entwickelt werden. Hierzu empfehlen wir Gesundheitsförderung als integrale Leistung der Primärversorgung anzuerkennen und zu finanzieren sowie ein praktisches Organisationsmodell „Gesundheitsfördernde Arztpraxis/Primärversorgungseinrichtung“ zu entwickeln. Die Umsetzung dieses Modells braucht Weiterbildungsangebote zur Gesundheitsförderung, Anreizsysteme für Gesundheitsförderungsaufgaben sowie eine regionale Koordination der Gesundheitsförderungsinterventionen. Empfohlen wird auch die Weiterentwicklung regionaler Infrastruktur für Gesundheitsförderungsinterventionen sowie die Stärkung von Gesundheitsförderungsforschung im Setting Primärversorgung.

Evidenzbasierte Empfehlungen zur Überarbeitung der österreichischen Vorsorgeuntersuchung

I. Sommer¹, V. Titscher¹, B. Teufer¹, I. Klerings¹, B. Nußbaumer-Streit¹, M. Szelag¹, L. Affengruber¹, G. Wagner¹, G. Gartlehner^{1,2}

¹Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie, Krems, Österreich

²Research Triangle Institute International, North Carolina, Amerika

Hintergrund

Die österreichische Vorsorgeuntersuchung (VU) wurde 1974 als Kassenleistung eingeführt. Derzeit wird die Durchführung von 18 Screening-Untersuchungen und Beratungsmaßnahmen empfohlen. Im Mittelpunkt stehen die Früherkennung von kardiovaskulären Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen und Malignomen, sowie die Beratung zur Reduktion von Risikofaktoren wie Übergewicht, Rauchen oder Alkoholkonsum. Die Inhalte der österreichischen Vorsorgeuntersuchung wurden zuletzt 2005 neu gestaltet. Die Methodik ihrer Erstellung entspricht nicht mehr den heutigen Ansprüchen an Leitlinien. Das Ziel dieser Arbeit war es, evidenzbasierte Empfehlungen zur Neugestaltung der österreichischen Vorsorgeuntersuchung zu entwickeln.

Methoden

Die Vorgehensweise zur Überarbeitung der Empfehlungen zur österreichischen Vorsorgeuntersuchung orientierte sich an dem international etablierten, wissenschaftlichen Prozess zur Erstellung von evidenzbasierten Empfehlungen nach GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Die wissenschaftliche Evidenz für Untersuchungen und Beratungen, die derzeit Teil der VU sind, wurde nach evidenzbasierten Kriterien aktualisiert und um weitere potentiell relevante Untersuchungen erweitert. Vertreter/innen der Bevölkerung diskutierten in drei Fokusgruppen ihre Erwartungen an die VU. In einem strukturierten Prozess wurden von einem Beratungsgremium evidenzbasierte Empfehlungen erarbeitet, welche Untersuchungen/Beratungen Teil der VU sein sollen.

Ergebnisse

Das Beratungsgremium formulierte insgesamt 26 Empfehlungen zu 20 Zielerkrankungen oder Risikofaktoren. Es empfahl erstmals Screening auf abdominales Aortenaneurysma, osteoporotisches Frakturrisiko und chronische Nierenerkrankungen. Screening auf asymptomatische Bakteriurie, Screening auf Eisen-/Vitamin B12-Mangelanämie und die Identifizierung von Personen mit erhöhtem Risiko für ein Glaukom sollen zukünftig auf Basis der Erkenntnisse nicht mehr in der VU enthalten sein. Die anderen Screening- und Beratungsmaßnahmen sollen in ihrer derzeitigen Form beibehalten oder in Bezug auf die Zielgruppe, das Screening-Instrument oder Screening-Intervall adaptiert werden. Screening auf Depression, Hepatitis C und Vitamin D-Mangel, die ebenfalls diskutiert wurden, sollen nicht in die Vorsorgeuntersuchung aufgenommen werden.

Schlussfolgerungen

Empfehlungen zur zukünftigen österreichischen Vorsorgeuntersuchung legen weiterhin einen Schwerpunkt auf Risikofaktorenidentifizierung und Beratungsmaßnahmen. Erstmals wurden evidenzbasierte Empfehlungen entwickelt, welche die Werte und Präferenzen von Personen berücksichtigen, die an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen. Durch diese Vorgehensweise wurde sichergestellt, dass deren Stimmen bei der Bewertung von Screening-Maßnahmen miteinbezogen werden konnten.

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 anpasste, 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.

Prävention eines allgemeinmedizinischen LandärztInnenmangels.

Umsetzung von Maßnahmen in Österreich.

C. Zipp¹, B. Fuchs-Neuhold¹, F. Stigler², A. Siebenhofer-Kroitzsch²;

¹FH JOANNEUM, Graz, Austria, ²Institut 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.

Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und der Inanspruchnahme der ärztlichen Primärversorgung in Österreich

J. Wilfinger¹, C. Lackinger¹, K. Hoffmann², T. E. Dorner³;

¹SPORTUNION Österreich, Vienna, Austria, ²Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health, Abteilung für Allgemein- und Familienmedizin, Vienna, Austria, ³Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health, Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin, Vienna, Austria.

Hintergrund

In einer umfassenden integrierten Primärversorgung wird nicht die Erkrankung der PatientInnen in den Mittelpunkt gestellt, sondern der ganze Mensch mit sämtlichen Gesundheitsressourcen. Körperliche Aktivität ist eine der wichtigsten Gesundheitsressourcen, die einen wichtigen Stellenwert in Prävention, Kuration und Rehabilitation hat. Es war das Ziel dieser Analyse den Zusammenhang zwischen Bewegungsverhalten und Inanspruchnahme der Primärversorgung bei gegebenem Gesundheitszustand in verschiedenen Altersgruppen zu erheben.

Methode

Datengrundlage war die österreichische Gesundheitsbefragung 2014 mit 13.945 Personen im Alter von 20 bis 79 Jahren. Diese wurden in drei Altersgruppen geteilt: 20-39jährige, 40-59jährige und 60-79jährige. Inanspruchnahme der Primärversorgung wurde definiert als mindestens ein Besuch beim Arzt oder Ärztin für Allgemeinmedizin in den letzten vier Wochen. Erfüllung der österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung wurde definiert als mindestens 150 Minuten Bewegung pro Woche mit mindestens mittlerer Intensität plus mindestens zwei Mal wöchentlich muskelkräftigende Aktivitäten. Weiters wurde das Vorhandensein von 17 verschiedenen chronischen Erkrankungen, Einnahme von Medikamenten, anthropometrische sowie sozio-demographische Variablen in die Analyse inkludiert. An statistischen Methoden kamen Chi² Test und binär-logistische Regressionsanalysen zum Einsatz.

Ergebnisse

30% aller inkludierten Personen nahmen die Primärversorgung in Anspruch (23,4% in der jüngsten, 30,5% in der mittleren und 39,3% in der höchsten Altersgruppe). 22% aller Personen erfüllten die österreichischen Bewegungsempfehlungen (25,8%, 19,8% und 21,9% in den drei Altersgruppen). Der Anteil der Personen, die die Bewegungsempfehlungen erfüllten waren bei jenen, die die Primärversorgung in Anspruch nahmen, geringer (23,1% vs. 20,9%, P=0,002). Odds Ratio (95% Konfidenzintervall) für häufige Inanspruchnahme der Primärversorgung, kontrolliert nach BMI-Kategorie, chronischen Erkrankungen und Einnahme von Medikamenten betrug für jene die die Bewegungsempfehlungen erfüllten 0,95 (0,82-1,11) für die 20-39jährigen, 0,98 (0,85-1,13) für die 40-59jährigen und 0,76 (0,64-0,90) für die 60-79jährigen.

Schlussfolgerungen

Der Anteil der Bevölkerung, die die österreichischen Mindestempfehlungen für gesundheitswirksame körperliche Aktivität erfüllt ist in allen Altersgruppen gering. Personen mit höherem körperlichem Aktivitätsniveau haben eine geringere Inanspruchnahme der ärztlichen Primärversorgung, insbesondere bei höheren Altersgruppen. Selbst bei gegebenem Gesundheitszustand ist bei älteren Menschen, die die Bewegungsempfehlungen erfüllen, die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme der Primärversorgung um etwa 25% geringer. In der Diskussion für die Reformierung der Primärversorgung in Österreich sollten diese Zusammenhänge als Chance für eine umfassende integrierte Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden.

Sprachbarrieren im Gesundheitswesen - Schwierigkeiten und Lösungsansätze am Beispiel der allgemeinmedizinischen Praxis

E. Reindl;

Medizinische Universität Wien - Zentrum für Public Health, Wien, Austria.

Hintergrund

40,7 % der Wiener Bevölkerung sind Migranten¹ der ersten oder zweiten Generation, daher werden Allgemeinmediziner in Wien häufig von Personen mit nicht deutscher Muttersprache konsultiert. Die Sprache wird neben soziokulturellen Unterschieden, dem fremden Gesundheitssystem und finanziellen Gründen häufig als Barriere im Gesundheitssektor beschrieben. Auch wenn Deutschkenntnisse erworben und im Alltag angewendet werden, stellt sich ein ärztliches Gespräch oft schwierig dar, da für diese Art der Kommunikation bessere Sprachkompetenzen als im täglichen Leben nötig sind.

Methodik

Es wurden, im Zuge einer qualitativen Studie, 13 teilstrukturierte Interviews mit Allgemeinmedizinern in Wien durchgeführt. Es wurden Schwierigkeiten in der Arzt-Patienten-Interaktion, Strategien zur Überwindung der Sprachbarriere und mögliche weitere Verbesserungsoptionen exploriert. Die Schwerpunkte lagen vor allem auf Anamnese, Einsatz von Diagnostika, Behandlung, Aufklärung und Compliance, sowie dem Einsatz von Laiendolmetschern. Anschließend wurde das Rohmaterial transkribiert und analysiert.

Ergebnisse

Es konnte festgestellt werden, dass die Sprachbarriere Einfluss auf alle Ebenen der Arzt-Patienten-Interaktion haben kann, vor allem Patientengruppen aus dem psychiatrischen und geriatrischen Bereich sind davon stärker betroffen. Ebenso werden chronisch erkrankte Patienten durch den Einfluss sprachlicher Barrieren unzureichend betreut. Wege zur Überwindung der Sprachbarriere sind der Einsatz von Laiendolmetschern, Ausweichen auf eine gemeinsame Sprache und Kommunikation durch Hilfskonstruktionen. Es bestehen Wünsche nach guten Video- und Telefondolmetscherservices, mehrsprachigen Ordinationen, krankheitsbezogenen Themenabenden in verschiedenen Sprachen und verbesserten Deutschkenntnissen unter den Patienten.

Schlussfolgerungen

Um bei der Behandlung von nicht deutschsprachigen Patienten den ethischen und rechtlichen Rahmenbedingungen gerecht zu werden, bedarf es einerseits einer Sensibilisierung für die Tragweite der Sprachbarriere und andererseits Optimierungen der derzeitigen Strukturen. Patienten mit Migrationshintergrund benötigen auch in chronischen, emotional belastenden, psychiatrischen und anderen komplexen Anliegen eine gute medizinische Versorgung, wie sie auch deutschsprachige Patienten erhalten. Mediziner und Medizinstudenten müssen die Kommunikationsregeln für das triadische Gespräch erlernen und die Gefahren dieser Situation kennen, sowie für interkulturelle Kompetenz sensibilisiert werden. So kann der Dialog mit Angehörigen, Freunden und professionellen Dolmetschern optimal, patientenzentriert und kultursensibel geführt werden. Darüber hinaus bedarf es der Schaffung eines Netzwerks von Kommunaldolmetschern für Situationen, in denen keine geeigneten Laiendolmetscher zur Verfügung stehen, beziehungsweise ein neutraler und fachlich kompetenter Sprachmittler benötigt wird.

Evaluationsdesigns zur gesundheitlichen Versorgung von vulnerablen Personengruppen – Fokus: Obdach-, wohnungslose und nicht krankenversicherte Personen

R. Winkler, I. Reinsperger

Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, Wien, Österreich

Hintergrund

Der körperliche und psychische Gesundheitszustand ist von vulnerablen Personengruppen (Obdach-, Wohnungslose, nicht-Krankversicherte) deutlich schlechter als von Vergleichspopulationen. Niederschwellige, ambulante Gesundheitszentren leisten einen zentralen Versorgungsbeitrag für diese Personen. Ein kürzlich

abgeschlossenes Forschungsprojekt beschäftigte sich mit der Frage nach Evaluationsmethoden, –indikatoren und –instrumenten, die für solche Einrichtungen dokumentiert wurden.

Methoden

Zum einen wurde eine systematische Literatursuche in mehreren Datenbanken sowie eine Handsuche auf den Webseiten von Fachgesellschaften für Evaluationen durchgeführt. Zum anderen wurden ergänzend ExpertInnen für „Evaluationen von komplexen Interventionen für vulnerable Personen“ in die Literaturrecherche miteinbezogen.

Ergebnisse

Insgesamt konnten 12 Evaluationsstudien und 7 Evaluationsberichte für eine Datenextraktion identifiziert werden. Es konnte eine große methodische Heterogenität festgestellt werden, wobei sich mehrheitlich ein „mixed methods“ Zugang erkennen ließ. Hierbei kamen v.a. Interviews mit PatientInnen/ LeistungsanbieterInnen sowie Fragebögen zum Einsatz. Hinsichtlich verwendeter Evaluationsindikatoren wurden v.a. soziodemographische PatientInnendaten, deren Gesundheitszustand sowie die Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialleistungen erhoben. Weitere Indikatoren bezogen sich auf die PatientInnenzufriedenheit (etwa zum Angebotsspektrum). Gesundheitsökonomische Indikatoren fanden sich in einer sehr geringen Anzahl an Publikationen. In 8 von 12 Studien machten die StudienautorInnen Angaben hinsichtlich verwendeter Evaluationsinstrumente. In 6 von 12 Studien wurden standardisierte Messinstrument verwendet, wobei der psychische Gesundheitszustand am häufigsten evaluiert wurde. Hierbei wurden sowohl generische als auch krankheitsspezifische Instrumente (z.B. bzgl. Affektiver Erkrankungen) berichtet.

Schlussfolgerungen

In den Studien und Berichte fand sich eine Bandbreite sowohl an ergebnis- als auch an prozessorientierten Evaluationsthemen. Für Evaluationen von Gesundheitszentren für vulnerable Personen sind bei der Evaluationsplanung jedoch einige grundsätzliche Überlegungen zu berücksichtigen:

- Bei obdach-, wohnungslosen und nicht-krankenversicherten Personen handelt es sich um „hardly to reach populations“. Niederschwelligkeit sollte sich nicht nur im Leistungszugang, sondern auch in der Wahl der Evaluationsmethode widerspiegeln.
 - Die Vertrauens- und Beziehungsebene ist für die Durchführung von Evaluationen ein wichtiger Faktor. Es bedarf der Entwicklung von „retention strategies“, d.h. von Strategien mit denen PatientInnen „gehalten“ werden können.
 - Vor der Planung bzw. der Durchführung einer Evaluation sollte ein Wirkungsmodell entwickelt werden, um die Zielrichtung einer Evaluation genau bestimmen zu können. Darauf aufbauend können relevante Evaluationspopulationen identifiziert, adäquate Evaluationsmethoden und –indikatoren bestimmt und die entsprechenden Evaluationsinstrumente festgelegt werden.
-

Gesundheitsfördernde und Gesundheitskompetente Primärversorgung - erste Schritte zu einem Organisationsmodell

D. Rojatz¹, P. Nowak¹, S. Finker², E. Leuprecht¹;

¹Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Austria, ²Institut 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 aufgezeigten 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. Projektzwischenenergebnisse 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.

NCDs among GPs in Vienna

F. Piribauer^{1,2}, M. F. Harris³

¹ International Screening Committee, OeGPH, Wien, Austria

² University of Graz, Graz, Austria

³ University of New South Wales, Sydney, Australia

Background

Direct observation of routine GP practice, using actors, is an established method in quality management and health services research. Data collection from GPs performing the periodic health examination (PHE, "Vorsorgeuntersuchung-Neu") happened in Vienna through 2 incognito (mystery) standardized patients (ISP), with high risk factors. They were sent by the Austrian consumer organisation, VKI, to 21 GPs. The PHE is delivered to 800.000 adults, free of charge, per year in Austria.

Methods

Methods of our secondary data analysis and some results on general GP performance were published already. For this study we focused on the screening and management practice for five non communicable disease (NCD) areas. We compared actual GP performance with the standards published in the official guideline. The areas were Diabetes, Colon-Cancer, substance abuse (smoking, alcohol) and Cardiovascular Diseases (CVD).

Results

Optimal guideline adherence varied significantly among GPs and disease areas. It was 90 % of GPs for Colon Cancer, 55 % for Diabetes; 60 % for smoking; 40 % for alcohol, and 5 % of GPs for CVD. Private (Wahlarzt) counselled longer than the publicly contracted (§2) GP: 60 vs. 38 minutes. Public GPs cared more for alcohol, but less for smoking, than private GPs. However these disease specific differences were not significant.

Conclusions/Limitations

The performance of most GPs in Vienna showed large variations, despite the small sample size. The population cannot expect the same standard quality of care for every GP with PHE contract. Highly prevalent health risks, like problematic alcohol consumption and very high CVD risk, may harm many vulnerable individuals if staying at risk undetected (false-negative results). Little is known of any improvements since 2008, and the GP performance outside Vienna. The PHE performance of GPs serving the majority of the population living outside Vienna should be assessed timely also. More research and monitoring is needed in Austria for it's publicly financed PHE.

Entwicklung einer migrant-friendly Primary Health Care am Beispiel von Erfahrungen im EU-28 Raum

A. K. Wahl

FH JOANNEUM, Bad Gleichenberg, Österreich

Hintergrund

23 % der Bevölkerung in Österreich sind Menschen mit Migrationshintergrund. In der Primary Health Care gelten sie als hard-to-reach Gruppe. Diese Zuordnung ist auf multidimensionale Zugangsbarrieren zurückzuführen, mit denen MigrantInnen konfrontiert sind. Damit eine qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sichergestellt werden kann, stellt sich die Frage, wie Primary Health Care gestaltet werden muss, damit auch MigrantInnen erreicht und erfolgreich behandelt werden.

Methode

Eine strukturierte Literaturrecherche in den Datenbanken ScienceDirect, PubMed und SpringerLink wurde zur Erforschung von Modellen im Setting der Primary Health Care mit der Zielgruppe MigrantInnen durchgeführt. Zusätzlich wurde eine selektive Literaturrecherche in zentralen europäischen Projektdatenbanken und Webportalen durchgeführt, um die gefundenen Modelle mit praktischen Erfahrungen aus dem EU-28 Raum zu konkretisieren.

Ergebnisse

Es besteht kein allgemeingültiges Best-Practice Beispiel oder Modell im Setting der Primary Health Care, das als migrant-friendly definiert wird. Die Literaturrecherche zeigt, dass es sich bei den derzeit analysierten Modellen um einen community-orientierten Ansatz handelt, der Maßnahmen auf Verhaltens- und Verhältnisebene integriert. Es bestehen zwei zentrale Modelle, die eine migrant-friendly Primary Health Care anhand von Merkmalen darstellen. Zentral sind die Entwicklung von Partnerschaften zwischen Sozial- und Gesundheitseinrichtungen sowie die Entwicklung der interkulturellen Kompetenzen des Fachpersonals. Weiter wird die Förderung der Gesundheitskompetenz von MigrantInnen im Rahmen von muttersprachlichen Beratungsangeboten und die Ausbildung von interkulturellen BeraterInnen als MediatorInnen, LotsInnen oder MentorInnen genannt.

Schlussfolgerungen

Es bedarf noch weiterer Evaluationen der derzeit durchgeführten Pilotprogramme in der Primary Health Care mit der Zielgruppe der MigrantInnen. MigrantInnen sind als sehr heterogene Gruppe zu sehen, die in der Wissenschaft als sozial dynamischer Forschungsgegenstand definiert ist. Sie ist auch im Setting der Primary Health Care als sehr dynamische und durch soziale Determinanten stark beeinflusste Zielgruppe zu sehen. Die Primary Health Care mit ihren multidimensionalen und intersektoralen Ansätzen birgt dabei sehr große Potentiale, MigrantInnen frühzeitig in ihrer Lebenswelt zu erreichen und soziale Determinanten zu verbessern.

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 Präferenzenmessung, 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.

Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich

K. Antony, B. Fröschl, S. Gaiswinkler, S. Ivansits, B. Juraszovich, **A. Laschkolnig**,

I. Röhring, I. Rosian-Schikuta

Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Österreich

Hintergrund

Die Gesundheit Österreich GmbH führte im Auftrag des Gesundheitsressort des Bundes, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Länder im Wege der Bundesgesundheitsagentur zum vierten Mal nach 1996, 2001 und 2012 eine Erhebung der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention (GFPR-Ausgaben) der öffentlichen Hand für das Datenjahr 2016 durch. Die Erhebung dient gemäß dem aktuellen Zielsteuerungsvertrag der Unterstützung des zielgerichteten Mitteleinsatzes in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention durch Bereitstellung zeitnaher und detaillierter Informationen über die Ausgaben der öffentlichen Hand in diesen Bereichen.

Methode

Die GFPR-Ausgaben 2016 wurden mittels eines (standardisierten) Erhebungsbogens von Bund inkl. FGÖ (Vollerhebung), Bundesländern (Teilerhebung als Annäherung an die Vollerhebung 2012), Gemeinden und Gesunden Städten (Stichprobenerhebung mit Hochrechnung) und Sozialversicherung (Vollerhebung) erfasst. Erstmals wurden auch die Ausgaben der Gesundheitsförderungsfonds erhoben und je zur Hälfte den Bundesländern und der Sozialversicherung zugeschlagen. Die Ausgaben wurden nach den Interventionsebenen Gesundheitsförderung, Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sowie für Capacity Building erhoben und dargestellt.

Ergebnisse

Die öffentliche Hand gab im Jahr 2016 2.441,3 Mio. € für Gesundheitsförderung und Prävention aus, das entspricht 280,6 € pro Kopf der Bevölkerung. Unter Weglassung der Tertiärprävention ergeben sich Gesamtausgaben der öffentlichen Träger in der Höhe von 899,4 Mio. € bzw. Pro-Kopf-Ausgaben von 103,4 €. Der Großteil der Ausgaben (87,0 %) lag in der Sphäre der Sozialversicherungsträger. Der Bund inkl. FGÖ tätigte 5,5 %, die Bundesländer 6,7 % (inkl. Gesamtaufwendungen Wiens) und die Gemeinden 0,7 %. Die etwa 20 Mio. €, die der Bund in seiner zentralen Rolle im öffentlichen Gesundheitsschutz ausgegeben hat, sind in diesen Angaben nicht berücksichtigt. Für den Betrachtungszeitraum 2012-2016 ergibt sich insgesamt ein Ausgabenzuwachs von 21,3 % bzw. 428,6 Mio. € für Gesundheitsförderung und Prävention. Diese Entwicklung übersteigt deutlich die generelle Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben in Österreich gemäß OECD, die in diesem Zeitraum einen Zuwachs von 12,6 % verzeichnete.

Empfehlungen

Eine Übersicht der Daten ist auch auf tieferliegender Ebene, wie beispielsweise der Länder nicht in dieser Gliederungstiefe verfügbar und könnte einen Beitrag zu informierten Entscheidungen leisten.

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.

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

H. Stummer^{1,2}, S. Angerer¹, N. Lorenzoni¹, E. Nöhammer¹, M. Raich¹, C. Rissbacher³, F. Hartig³, M. Joannidis³, W. Sturm³, H. Tilg³;

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

Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz für das Primärversorgungsteam

D. Rojatz¹, P. Nowak¹, L. Holzweber¹, S. Rath², B. Atzler²

¹ Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Österreich

² Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH, Graz, Österreich

Hintergrund

Das Primärversorgungskonzept „Das Team rund um den Hausarzt“, der Österreichische Strukturplan Gesundheit, und das Primärversorgungsgesetz, definieren Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz als Aufgabe der neuen Primärversorgungseinheiten (PVE). Die Gesundheit Österreich GmbH und das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention unterstützen im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger und des Fonds Gesundes Österreich die systematische Implementierung des neuen Aufgabenbereiches in Primärversorgungseinheiten. Im Jahr 2018 wurden aus Literatur und Praxis Eckpunkte eines Idealmodells einer an Gesundheit orientierten PVE abgeleitet, und eine Ausfüllhilfe für das zu erstellende Versorgungskonzept von Primärversorgungseinheiten entwickelt. Im Jahr 2019 soll die Unterstützung weiter konkretisiert werden: Um das Primärversorgungsteam bei der Umsetzung entsprechender Maßnahmen zu unterstützen, wird an einer Starter-Box gearbeitet. Diese soll Broschüren, Flyer sowie Fact-Sheets zu einschlägigen Maßnahmen der Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz zur unmittelbaren Umsetzung in der PVE enthalten sowie eine Übersicht bundesweiter und versorgungsregion-spezifischer Maßnahmen, auf welche Patient/inn/en hingewiesen werden können.

Methoden

Aufbauend auf den bisher recherchierten Maßnahmen wird zur Identifikation weiterer Maßnahmen ein Expertenschneeballverfahren initiiert. Einrichtungen wie Sozialversicherungsträger, Gesundheitsfonds und AKS Organisationen werden angeschrieben und um Einmeldung entsprechender Maßnahmen gebeten. Zusätzlich wird eine Literatur- und Internetrecherche durchgeführt. Die gesammelten Maßnahmen werden gesichtet und anhand vordefinierter Kriterien (u.a. Evidenzbasierung, Umsetzbarkeit) vorselektiert und in Abstimmung mit der Zielgruppe ausgewählt. Anschließend werden die Maßnahmen für die Starter-Box unter Einbeziehung der Zielgruppe für diese ansprechend aufbereitet. Ein Implementierungsprozess (z.B. lokale Workshops, breite Dissemination) wird entwickelt und in einer PVE pilotiert. Ergebnisse der Evaluation tragen zur weiteren Verbesserung der Starter-Box bei.

Ergebnisse

Die Starter-Box befindet sich noch in Entwicklung, daher können nur erste Ergebnisse berichtet werden. Die Starter-Box wird Maßnahmen auf drei Ebenen enthalten: 1) Informationsmaterial zu Methoden der Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz zur unmittelbaren Anwendung durch das PVE-Team (z.B. teach back, motivational interviewing), 2) evidenzbasiertes Informationsmaterial mit gesundheitsrelevanten Inhalten zur Aushändigung an Patient/innen, 3) Zugänge zu entsprechenden Maßnahmen anderer Anbieter/innen in der Region, auf welche Patient/inn/en hingewiesen werden können.

Schlussfolgerungen

Die Bereitstellung der Starter-Box ist ein weiterer wichtiger Schritt für die Unterstützung des PVE-Teams bei der praktischen Umsetzung des neuen Aufgabenfeldes. Sie ist aber kein Ersatz für die kontinuierliche Unterstützung des PVE-Teams in der Entwicklung einer an Gesundheit ausgerichteten Organisation.