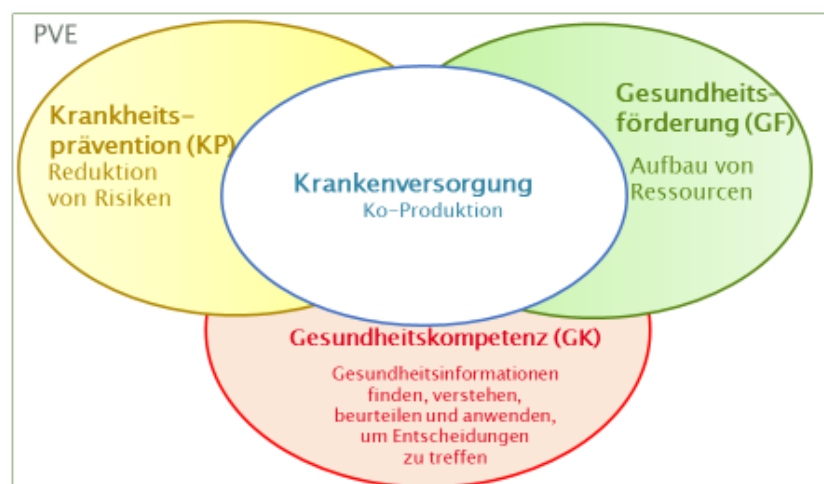


Primärversorgung: Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz

Grundlagen und Eckpunkte eines Idealmodells für PVE-Team und Finanzierungspartner

Im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger und des Fonds Gesundes Österreich



Quelle: GÖG

Primärversorgung: Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz

Grundlagen und Eckpunkte eines Idealmodells für PVE-Team und Finanzierungspartner

Autorinnen/Autor:

Gesundheit Österreich (GÖG):

Daniela Rojatz

Peter Nowak

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention:

Stephanie Rath

Beate Atzler

Unter Mitarbeit von

Martin Sprenger

Florian Stigler

Fachliche Begleitung:

Stefan Spitzbart

Projektassistenz:

Bettina Engel

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen / des Autors und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im Dezember 2018

Im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger und des Fonds
Gesundes Österreich

Zitiervorschlag: Rojatz, Daniela; Nowak, Peter; Rath, Stephanie; Atzler, Beate (2018):
Primärversorgung: Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz.
Grundlagen und Eckpunkte eines Idealmodells für PVE-Team und Finanzierungspartner. Ge-
sundheit Österreich, Wien

ZI. P1/1/5088 und P0/1/4809

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:
Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund und Aufgabenstellung

Eingeleitet durch die Gesundheitsreform 2013, wurde die Stärkung der Primärversorgung beschlossen und auch der Grundstein für deren Reorientierung in Richtung Gesundheitsförderung gelegt. Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung sowie Gesundheitskompetenz sind als Aufgabenfeld der neu zu errichtenden Primärversorgungseinheiten (PVE) und als (Kern-)Kompetenzen des Primärversorgungsteams definiert (Bundes-Zielsteuerungskommission B-ZK 2014; PrimVG 2017). Folglich gilt es zu klären, was Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz als Aufgabenfeld der Primärversorgung genau bedeutet. Ein erster Schritt hierzu soll durch das vorgelegte Idealmodell für Österreich gemacht werden. Es richtet sich insbesondere an PVE-Gründer/innen, das PVE-Team sowie die politischen Verantwortlichen und möchte ihnen eine Orientierungshilfe sein. Konkrete Ziele des Idealmodells sind

- » in die Begriffe und Konzepte Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz einzuführen, um ein gemeinsames Verständnis des Aufgabenfeldes zu ermöglichen, und – sowohl für eine PVE als auch zur Unterstützung eines österreichweit einheitlichen Vorgehens –
- » Eckpunkte der Aufgabenfelder Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz zu skizzieren sowie
- » zu umreißen, wie deren (schrittweise) Umsetzung im PVE-Alltag gelingen kann.

Methode

Bei der Entwicklung des Idealmodells wurde angestrebt, konzeptuelle Zugänge aus Gesundheitswissenschaften und Public Health durch Aufbereitung einschlägiger Fachliteratur sowie Erfahrungen aus der Primärversorgungspraxis anhand eines partizipativen Vorgehens (durch Diskussion im Rahmen von einschlägigen Veranstaltungen und Gesprächen mit Primärversorgungsteams) miteinander zu verbinden.

Ergebnisse

Eine an Gesundheit ausgerichtete Primärversorgungseinheit orientiert sich an einem umfassenden biopsychosozialen Gesundheitsbegriff, an den Bedarfen der Bevölkerung im Einzugsgebiet (Zielgruppe) und deren Ressourcen sowie an der Stärkung dieser. Zielgruppen der Maßnahmen in den Aufgabenfeldern sind: Patientinnen/Patienten und deren Angehörige, das PVE-Team (Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter) und die Bevölkerung im Einzugsgebiet der PVE. Entsprechend sieht das Idealmodell folgende Eckpunkte vor:

- » ein gesundes Arbeitsumfeld herstellen
- » Integration von Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in die PVE-Aktivitäten
- » Verbindungen zur Gemeinde/Stadt herstellen

Schlussfolgerungen für die Umsetzung

Die Umsetzung des Idealmodells erfordert es, die Voraussetzungen (insbesondere, Qualifizierung, Sicherstellung von Ressourcen) für den Aufgabenbereich in der PVE sicherzustellen, die Strukturen und Kernprozesse der PVE ressourcenorientiert zu gestalten sowie entsprechende Leistungen in der PVE anzubieten und auf regionale Angebote zu verweisen.

Zur Unterstützung der konkreten Planung einer an Gesundheit (Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz) orientierten Primärversorgungseinheit werden folgende weiterführende Dokumente im Projektverlauf bereitgestellt:

- » eine Ausfüllhilfe mit Textbausteinen zum Musterversorgungskonzept für PVE bezüglich Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz. Im Leitfaden (Glossar) zum Musterversorgungskonzept finden sich auch Interpretationshilfen.
- » eine Sammlung (Toolbox) mit Maßnahmen zur unmittelbaren Umsetzung im PVE-Alltag (z. B. Social Prescribing) wird im Jahr 2019 bereitgestellt

Schlüsselwörter

Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz, Primärversorgungseinheit

Inhalt

Kurzfassung	III
Inhalt	V
Abbildungen und Tabellen	VI
Abkürzungen.....	III
1 Hintergrund.....	1
1.1 Warum ist eine Orientierung an Gesundheit für Primärversorgungseinheiten sinnvoll?	1
1.2 Aufgabe von Primärversorgungseinheiten: Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz.....	3
1.3 Zielsetzung des Idealmodells	4
1.4 Methodische Vorgangsweise	4
2 Grundbegriffe.....	5
2.1 Gesundheit und ihre Entstehung	5
2.2 Krankheitsprävention	7
2.3 Gesundheitsförderung	8
2.4 Gesundheitskompetenz.....	8
3 Eckpunkte des Idealmodells	11
3.1 Grundhaltung	11
3.2 Gesundheitsförderung in der Primärversorgungseinheit und durch diese	12
4 Umsetzung: Schrittweise Verwirklichung des Idealmodells.....	16
5 Ausblick	20
Literatur	21

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 2.1: Einflussfaktoren in puncto Gesundheit	6
Abbildung 2.2: Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz zur Stärkung von Gesundheit (Gesundheitsgewinn)	7
Abbildung 2.3: Gesundheitskompetenz als relationales Konzept	9
Abbildung 3.1: Eckpunkte einer an Gesundheit orientierten Primärversorgungseinheit.....	13

Tabellen

Tabelle 3.1: Strategien einer an Gesundheit orientierten PVE	14
Tabelle 3.2: Ziele des Aufgabenbereichs „Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz“	15
Tabelle 4.1: Zu berücksichtigende Aspekte in der Umsetzung des Idealmodells.....	18

Abkürzungen

B-ZK	Bundes-Zielsteuerungskommission
d h.	das heißt
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit
PrimVG	Primärversorgungsgesetz
PV	Primärversorgung
PVE	Primärversorgungseinheit
vgl.	vergleiche
u. a.	unter anderem
u. Ä.	und Ähnliches
z. B.	zum Beispiel

1 Hintergrund

Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz sind als Aufgaben von Primärversorgungseinrichtungen definiert (BMGF 2017; PrimVG 2017). Das vorliegende Dokument richtet sich vorrangig an Primärversorgungsgründerinnen und -gründer, das Primärversorgungsteam und politisch Verantwortliche. Der neue Aufgabenbereich konfrontiert die bislang stark krankheitsorientierte Primärversorgung mit Fragen wie:

- » Welche Intention steht hinter dem neuen Aufgabenbereich?
- » Was bedeuten Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz?
- » Was bedeutet es, eine an Gesundheit orientierte Primärversorgungseinheit zu sein, und was wird für die Umsetzung benötigt?

Ziel dieses Idealmodells ist es, für die Beteiligten eine gemeinsame Landkarte für die Planung und nachfolgende Umsetzung des Aufgabenbereichs in den PVE und durch diese bereitzustellen.

1.1 Warum ist eine Orientierung an Gesundheit für Primärversorgungseinheiten sinnvoll?

Gesundheit ist das zentrale Thema von Primärversorgungseinheiten (Watson 2008). Meistens werden diese aufgrund von gesundheitlichen Problemen oder der Sorge um die Gesundheit aufgesucht. Menschen, die eine PVE aufsuchen sind daher sensibilisiert für das Thema Gesundheit. Diese Chance kann das PVE-Team aufgreifen und bei jedem Patientenkontakt Impulse für einen gesunden Lebensstil setzen (vgl. make every contact count¹). Die Zunahme an chronischen Erkrankungen macht präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen umso wichtiger:

„Acht von zehn Menschen, die über 65 Jahre alt sind, sind in Europa von chronischen Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und psychischen Störungen betroffen.“²

Ein Drittel der chronischen Erkrankungen wäre durch präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen vermeidbar.

Bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung können entsprechende Maßnahmen den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen. Chronische Erkrankungen sind behandelbar, aber (noch) nicht heilbar. Dies führt zu Herausforderungen für die Gesundheitsberufe und Patientinnen/Patienten. Gesundheitsberufe sind gefordert, Patientinnen/Patienten mit einer chronischen Erkrankung im Krankheitsverlauf zu begleiten. Patientinnen/Patienten sind gefordert, einen guten Umgang mit

¹ <http://www.makeeverycontactcount.co.uk/> (13.12.2018)

² https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankheiten/Chronische_Krankheiten (13.12.2018)

ihrer Erkrankung zu lernen. Damit sind Gesundheitsberufe und die/der Patientin/Patient gefordert, gemeinsam am Gesundheits- und Krankheitsmanagement zu arbeiten (Koproduktion). **Autowerkstatt versus Krankenversorgung**

Ein defektes Auto bringt die Besitzerin / der Besitzer in die Werkstätte, gibt dort die Verantwortung für die Reparatur an den Mechaniker ab und bekommt es repariert zurück.

Im Falle einer (chronischen) Erkrankung sucht die Patientin / der Patient eine Arztpraxis/Primärversorgungseinheit auf. Die Verantwortung für die Genesung bzw. die Verbesserung der Gesundheit kann aber nicht an die Gesundheitsberufe „abgeschoben“ werden. Fachkraft und Patientin/Patient müssen zusammenarbeiten, um die für die Patientin / den Patienten beste Behandlung zu bestimmen und umzusetzen.

Für die Koproduktion ist Gesundheitskompetenz³ zentral. Je besser diese ausgeprägt (oder je mehr davon vorhanden) ist,

- » desto besser ist das Gesundheits- und Krankheitsmanagement (Joshi et al. 2014; Kamberi et al. 2013; Kaphingst et al. 2014; Keleher/Hagger 2007; Rowlands/Protheroe 2012, zitiert nach Berkman et al. 2011; Wannasirikul et al. 2016; Santesmases-Masana et al. 2017; Taggart et al. 2012), was zu selteneren Entgleisungen im Krankheitsmanagement und höherer Lebensqualität führt, und
- » desto kompetenter kann das Gesundheitssystem genutzt werden (Bauer et al. 2016; Hersh et al. 2015; Rowlands/Protheroe 2012, zitiert nach Scott et al. 2002)

Für das Gesundheitssystem bedeuten gesundheitskompetente Patientinnen/Patienten Einsparungspotenzial bei Behandlungs-/Versorgungskosten, z. B. durch weniger Drehtürpatientinnen/-patienten etc. (Cawthon et al. 2014; Hernandez et al. 2017).

Der häufige und wiederkehrende Kontakt zu einem Großteil der Bevölkerung machen Primärversorgungseinrichtungen zu einer sehr geeigneten Einrichtung für entsprechende Maßnahmen der Krankheitsprävention, der Gesundheitsförderung und der Stärkung der Gesundheitskompetenz (Moreno-Peral et al. 2015; Rubio-Valera et al. 2014). Umgekehrt profitieren die Gesundheitsberufe von gesundheitskompetenten Patientinnen/Patienten und werden durch deren besseres Krankheitsmanagement und ihre höhere Therapietreue entlastet (McManus 2013).

Eine an Gesundheit ausgerichtete Primärversorgungseinheit orientiert sich auch an der Gesundheit der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter und setzt Maßnahmen zur Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Stärkung der Gesundheitskompetenz der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter. Dies trägt zu einer Attraktivierung des Arbeitsplatzes Primärversorgungseinheit bei.

³ Gesundheitskompetenz: die Fähigkeit und Motivation von Personen, Gesundheitsinformationen zu verstehen und entsprechend aufgeklärt zu handeln, sowie die Anforderungen, die Primärversorgungseinrichtungen und andere Umwelten an diese Fähigkeiten stellen (Verständlichkeit von Versorgungsstrukturen und Anweisungen).

1.2 Aufgabe von Primärversorgungseinheiten: Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz

Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung sowie Gesundheitskompetenz sind als Aufgabenfelder der neu zu errichtenden Primärversorgungseinheiten (PVE) und als (Kern-)Kompetenzen des Primärversorgungsteams definiert (Bundes-Zielsteuerungskommission B-ZK 2014; PrimVG 2017).

„Ziel ist es, die Gesundheit besser zu fördern, Krankheit zu vermeiden sowie auch eine verbesserte qualitativ hochwertige und effiziente Krankenbehandlung sicher zu stellen.“ (Bundes-Zielsteuerungskommission B-ZK 2014)

Bereits im Konzept zur neuen Primärversorgung „Das Team rund um den Hausarzt“ (Bundes-Zielsteuerungskommission B-ZK 2014) sind „Angebote von Gesundheitsförderung und Prävention“ vorgesehen. Das Primärversorgungskonzept (BMG 2014) sieht insbesondere für den Aufgabenbereich „Gesundheitsförderung und Prävention“ ein direktes, proaktives Zugehen auf die Bevölkerung bzw. Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlichen sozialen und kulturellen Hintergründen innerhalb des zu versorgenden Gebietes vor. Ziel ist es dabei, ihr Gesundheitsverhalten zu aktivieren, ihre Gesundheitskompetenz zu verbessern, ihren Gesundheitsrisiken rechtzeitig entgegenzuwirken und ihre Gesundheitsressourcen frühzeitig zu stärken. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) konkretisiert die entsprechenden Maßnahmen, lässt aber Raum für genaue Festlegungen im Einzelfall.

Bislang ist diesem Aufgabenfeld in der Primärversorgung – im Unterschied zu Krankenhäusern – vonseiten der Gesundheitsförderung wenig Aufmerksamkeit zuteilgeworden (Watson 2008). Daher mangelt es in der Primärversorgung an orientierenden Grundlagen für die Umsetzung des Aufgabenbereiches. Zudem zeigen Studien, dass Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner sich mehr konzeptuelle Klarheit bezüglich dieses Aufgabenbereiches wünschen (Rumpelberger 2013; Schein 2012).

Für eine erfolgreiche Umsetzung des Aufgabenbereiches ist ein gemeinsames Verständnis der drei Konzepte „Krankheitsprävention“, „Gesundheitsförderung“ und „Gesundheitskompetenz“ innerhalb des Primärversorgungsteams (PV-Team) und zwischen dem PV-Team und den politischen Verantwortlichen (Finanziers) wichtig. Das vorliegende Idealmodell möchte als Orientierungshilfe dienen und richtet sich daher vorrangig an die Mitglieder der PV-Teams und politische Verantwortliche.

1.3 Zielsetzung des Idealmodells

Ziel des Idealmodells ist es,

- » in die Begriffe und Konzepte Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz einzuführen, um ein gemeinsames Verständnis des Aufgabenfeldes zu ermöglichen, und – sowohl für eine PVE als auch zur Unterstützung eines österreichweit einheitlichen Vorgehens –
- » Eckpunkte des Aufgabenfelds „Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz“ zu skizzieren sowie
- » zu umreißen, wie deren (schrittweise) Umsetzung im PVE-Alltag gelingen kann.

1.4 Methodische Vorgangsweise

Bei der **Entwicklung des Idealmodells** wurde angestrebt, konzeptuelle Zugänge aus Gesundheitswissenschaften und Public Health sowie Erfahrungen aus der Primärversorgungspraxis miteinander zu verbinden. Dies soll die Anschlussfähigkeit der Ergebnisse für Primärversorgungseinheiten unterstützen. Das vorliegende Idealmodell beruht daher auf

- » *Literatur und Konzepten* – einer Analyse einschlägiger Fachliteratur über Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz (vgl. auch Rojatz et al. 2018), auf den Aufbereitungen der diesbezüglichen Konzepte im deutschsprachigen Raum durch nationale Gesundheitsförderungsagenturen (u. a. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Fonds Gesundes Österreich) sowie auf den Strategien und Standards für gesundheitsfördernde und gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen (Dietscher et al. 2015; Groene 2006) – und dem
- » *Austausch mit Primärversorgungs- und Public-Health-Praktikerinnen/-Praktikern*: (Zwischen-) Ergebnisse der Literatuarbeit wurden bei einschlägigen Veranstaltungen präsentiert und mit den Teilnehmerinnen/Teilnehmern diskutiert bzw. partizipativ erarbeitet. Die Diskussionsergebnisse flossen in die Entwicklung ebenso ein wie die im Rahmen von Site-Visits in Primärversorgungseinheiten gewonnenen Erkenntnisse.

2 Grundbegriffe

In der Folge wird in zentrale Grundbegriffe und Konzepte eingeführt.

2.1 Gesundheit und ihre Entstehung

„Gesundheit ist der Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.“ (WHO 1947)

Damit ist Gesundheit mehr als die Abwesenheit von Krankheit und kann unabhängig von dieser beobachtet und gefördert werden (Pelikan 2007). Menschen mit einer chronischen Erkrankung sind ein gutes Beispiel dafür, dass ein Mensch gleichzeitig gesund und krank sein kann. Selbst bei Vorliegen einer Erkrankung bleiben gesunde Potenziale erhalten, die gefördert werden können. Zugespielt formuliert, verfügt jeder Mensch, solange er lebt, über Ressourcen, die gestärkt werden können. Die Gesundheit (als Normalzustand) ist damit grundlegender als eine Erkrankung.

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“ (WHO 1986)

Gesundheit ist damit kein absoluter Zustand, sondern etwas, das sich im Zeitverlauf verändern kann (= Prozess). Es handelt sich um einen Wechselwirkungsprozess von Risiko- und Schutzfaktoren sowie Bewältigungsmöglichkeiten für vorliegende Anforderungen. Dem Salutogenesekonzept (Antonovsky 1987; Antonovsky 1996) zufolge bedarf es Ressourcen und Zuversicht, um den Herausforderungen des Lebens (sogenannten Stressoren) begegnen zu können. Dafür ist vor allem das sogenannte Kohärenzgefühl von zentraler Bedeutung. Darunter versteht Antonovsky die Fähigkeit von Menschen,

- » sich und die Welt zu verstehen (Verstehbarkeit),
- » sich und die Welt selbstbestimmt handhaben zu können (Handhabbarkeit),
- » sich und die Welt als sinnvoll im eigenen Leben zu erfahren (Bedeutsamkeit).

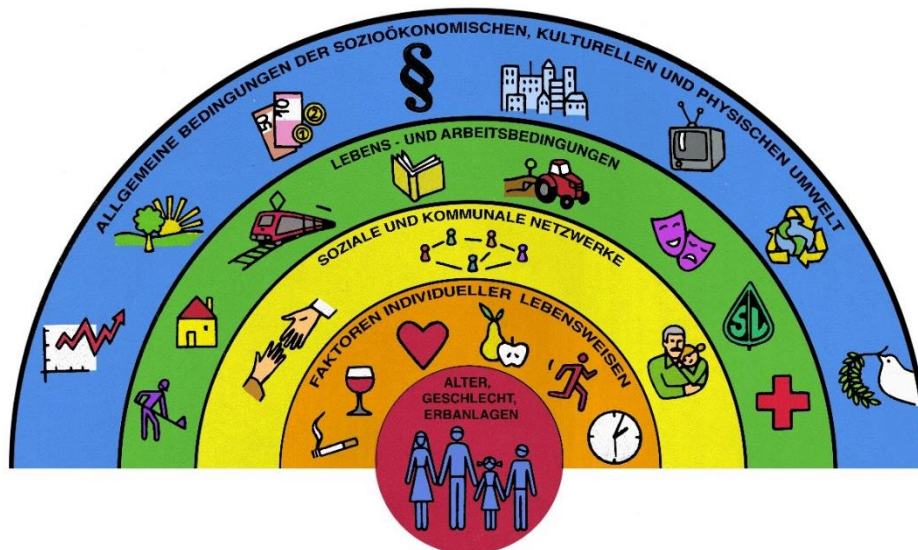
Fehlt einer dieser drei Aspekte oder sind diese schwach ausgeprägt, liegt eine Einschränkung der Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit des Menschen vor. Beim Kohärenzgefühl geht es also um die Möglichkeiten zur Bewältigung von und Anpassung an Herausforderungen im Leben (Eriksson 2017).

Die an Gesundheitsressourcen orientierte Salutogenese ist heute eine anerkannte und gleichrangige Ergänzung zur an Krankheiten und Risiken orientierten Pathogenese⁴.

Krankenbehandlung kann nicht gesondert vom Aufbau von Gesundheitsressourcen betrachtet werden, da Gesundheit durch Krankenbehandlung auch geschwächt werden kann: Beispielsweise ist das Ruhigstellen eines Beines nach einem Bruch zwar vorteilhaft für die Heilung der Knochen, aber auch problematisch, weil durch lange Nichtbewegung Muskelmasse abgebaut wird. Umgekehrt kann eine Krankenbehandlung nicht erfolgreich oder nur symptomatisch sein, wenn nicht auch die Gesundheitsressourcen der Patientinnen/Patienten „behandelt“ – d. h. gesundheitsfördernd gestaltet – werden (z. B. schlechte Wohnbedingungen).

Gesundheitsdeterminanten sind Faktoren, die Einfluss auf die Gesundheit nehmen. Menschen sollen die Möglichkeit haben, sie zu beeinflussen. Gesundheitsdeterminanten sind vielfältig, sie umgeben uns täglich auf unterschiedliche Art und Weise in verschiedensten Bereichen (Abbildung 2.1). Maßnahmen der Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Steigerung der Gesundheitskompetenz können daher auf mehreren Ebenen ansetzen. Durchgesetzt hat sich die Unterscheidung zwischen Maßnahmen, die auf eine Änderung des Verhaltens einzelner Menschen abzielen (z. B. mehr Bewegung, gesündere Ernährung), und solchen, die versuchen, die Lebensräume von Menschen, d. h. die Verhältnisse zu verändern (z. B. gesunde Betriebe, Nichtraucherchutz in Lokalen, Stärkung sozialer Netzwerke).

Abbildung 2.1:
Einflussfaktoren in puncto Gesundheit

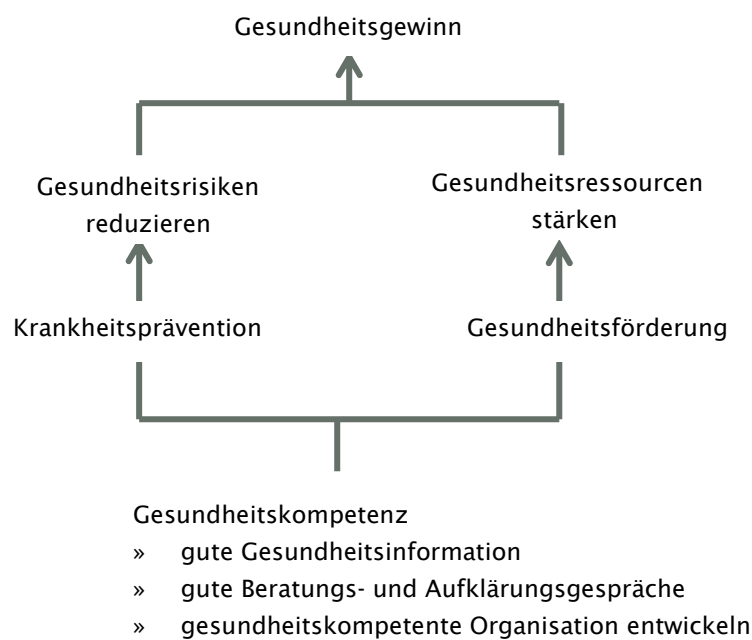


Quelle: FGÖ

⁴ <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-i-definition-ziele-prinzipien-handlungsebenen-und-strategien>

Ziel des Aufgabenbereiches „Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz“ ist es, die Gesundheit zu fördern. Dabei werden zwei Ansatzpunkte unterschieden: Gesundheitsförderung durch Vermeidung von Erkrankung und/oder durch die gezielte Stärkung der Gesundheitsressourcen von Menschen und deren Lebensbereichen (Abbildung 2.2).

Abbildung 2.2:
Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz zur Stärkung von Gesundheit (Gesundheitsgewinn)



Quelle: GÖG, adaptiert nach Kaba-Schönstein 2018

2.2 Krankheitsprävention

Krankheitsprävention ist die Vermeidung und Verhütung von (Krankheits-)Risiken in unterschiedlichen Phasen: bevor es zu einer Erkrankung kommt (Primärprävention, z. B. durch Impfungen), um das Fortschreiten einer Erkrankung zu verhindern oder zu verlangsamen (Sekundärprävention) oder zur Vorbeugung von Folgeschäden (Tertiärprävention, z. B. durch Rehabilitation). Unterschieden werden kann weiters zwischen (Rosenbrock, Michel 2007):

- » medizinischer Prävention, d. h. dem Einsatz medizinischer Mittel der Diagnostik und der (Früh-)Behandlung wie etwa Impfungen,
- » Verhaltensprävention, d. h. der Änderung von (schädlichen) Verhaltensmustern bei Einzelpersonen und Gruppen, und
- » verhältnisbezogener Prävention, d. h. der Vermeidung von Risikofaktoren in der Lebensumwelt der Patientinnen/Patienten oder dem Einzugsgebiet der PVE.

Wenngleich Lebens- und Gesundheitsrisiken nie gänzlich vermeidbar sind und entsprechende Präventionsmaßnahmen auf Vorannahmen beruhen⁵, haben diese das Ziel, das Eintreten und die Ausbreitung einer Erkrankung oder Verletzung zu verhindern bzw. zu vermeiden.

Krankheitsprävention setzt damit – im Unterschied zu Gesundheitsförderung – an Risiken an und möchte diese reduzieren. Gemeinsam ist Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, dass beide einen Gesundheitsgewinn erzielen wollen. Ein wichtiger „Hebel“ hierfür sind Gesundheitsinformationen für die Betroffenen, d. h. auch hier spielt Gesundheitskompetenz eine gewichtige Rolle.

2.3 Gesundheitsförderung

„**Gesundheitsförderung** ist ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern. Durch Interventionen und Maßnahmen kann Gesundheitsförderung einen entscheidenden Einfluss auf die Determinanten der Gesundheit ausüben.“ (WHO 1997)

Gesundheitsförderung setzt somit an der Analyse und Stärkung von Gesundheitsressourcen und -potenzialen der Menschen sowie an allen gesellschaftlichen Bereichen an. Leitend ist dabei die Frage, „wie und wo Gesundheit hergestellt wird“ (Antonovsky 1996; Antonovsky 1997). Der dahinterstehende Ansatz möchte sowohl gesundheitsrelevante Lebensweisen (Verhalten) als auch gesundheitsrelevante Lebensbedingungen (Verhältnisse) verbessern.

Für die Förderung von Gesundheit ist die aktive Mitwirkung der Menschen daran zentral. Für die Mitarbeit ist es wichtig, dass Patientinnen/Patienten Gesundheitsinformationen verstehen, deren Relevanz für sich und ihre Gesundheit einschätzen können und die Gesundheitsinformationen umsetzen können. Daher ist Gesundheitskompetenz eine wesentliche Ressource für Gesundheit, im Bereich der Gesundheitsförderung kommt ihr deshalb eine zentrale Bedeutung zu.

Gesundheitsförderung als Aufgabe der PVE hat auch Vorteile für die PVE-Mitarbeiter/innen: Durch ihre Vorbildwirkung gegenüber Patient/inn/en werden sie angeregt, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu pflegen.

2.4 Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz gründet auf allgemeiner Bildung und umfasst

- » das Wissen,
- » die Motivation und
- » die Fähigkeit von Menschen,

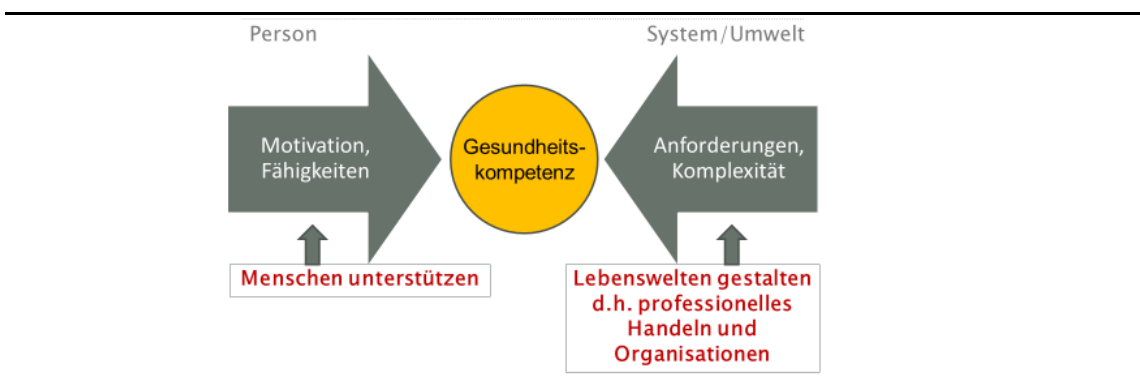
⁵ <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praevention-und-krankheitspraevention>

relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, beurteilen und anwenden zu können, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, welche die Lebensqualität im gesamten Lebensverlauf erhalten oder verbessern.“ (Kickbusch et al. 2016; Sorensen et al. 2012). Gesundheitskompetenz ist abhängig vom Verhältnis zwischen den Fähigkeiten einer Person und den Anforderungen, die die Umwelt (z. B. die PVE) an diese stellt (Abbildung 2.3). Zentrales Thema ist hier damit die Verständlichkeit, Transparenz und Anwendbarkeit schriftlicher und mündlicher Gesundheitsinformationen für Patientinnen/Patienten, die an Primärversorgungseinheiten vermittelt werden.

Im europäischen Vergleich (mit 7 weiteren Ländern) schneidet Österreich bei der Gesundheitskompetenz schlecht ab. Über 50 % der Bevölkerung verfügen über eine geringe Gesundheitskompetenz und haben u. a. Probleme, zu verstehen, was ihre Ärztin / ihr Arzt sagt. Damit belegt Österreich vor Bulgarien den zweitletzten Platz (HLS-EU-Consortium 2012). Folglich ist Handlungsbedarf gegeben – sowohl Maßnahmen zur Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz als auch solche zur Gestaltung gesundheitskompetenter Organisationen sind daher angezeigt.

Eine gesundheitskompetente Gesundheitseinrichtung „ist eine Einrichtung, die ihren Patientinnen/Patienten bzw. ihren Nutzerinnen/Nutzern die Suche, das Verständnis, die Beurteilung und Anwendung von Gesundheitsinformationen erleichtert. Sie zielt darauf ab, eigene Produkte und Dienstleistungen einfacher verständlich und nutzbar zu machen und Barrieren, die die Orientierung/Navigation in der Gesundheitseinrichtung erschweren, zu reduzieren“ (ÖPGK 2018). Anders ausgedrückt, gesundheitskompetente Gesundheitseinrichtungen reagieren auf die Komplexität der Patientinnen/Patienten (Nowak 2018).

Abbildung 2.3:
Gesundheitskompetenz als relationales Konzept



Darstellung: GÖG/ÖBIG

Gerade in der Primärversorgung sind Patientinnen/Patienten mit geringer Gesundheitskompetenz besonders häufig anzutreffen (Jovic-Vranes et al. 2009). Entsprechend ist es wichtig, dass das PVE-Team die Gesundheitskompetenz einer Patientin / eines Patienten einschätzen kann („red flags“, verstanden als Hinweise auf eine geringe Gesundheitskompetenz) und es vermag, auf die Bedürfnisse der einzelnen Patientin / des einzelnen Patienten zu reagieren. Maßnahmen zur Stärkung

der Gesundheitskompetenz können dadurch gerade bei jener Zielgruppe gesetzt werden, die am meisten davon profitiert. Demzufolge ist die Frage wichtig, wie das Primärversorgungsteam der Patientin / dem Patienten gut vermitteln kann, was mit ihr/ihm los ist, was sie/er tun soll und wie sie/er das Wissen auch anwenden kann. Damit wird Kommunikation zum zentralen Instrument der Krankenbehandlung. Wesentliche Zielsetzungen gesundheitskompetenter Primärversorgungseinrichtungen sind die Verringerung von Zugangsbarrieren in Bezug auf relevante Informationen und Angebote sowie die gute Kommunikation (schriftlich⁶, mündlich⁷) zwischen Gesundheitsberufen und Patientin/Patient, da beide Faktoren entscheidend den Erfolg der Krankenbehandlung (z. B. durch verbesserte Adhärenz) prägen.

Praktischer Vorteil von gesundheitskompetenten Patienten/inn/en und einem gesundheitskompetenten PVE-Team:

- » „Je besser sich die Patient/inn/en auskennen, umso leichter sind die Gespräche zu führen“.
- » „Je einfacher das PVE-Team mit der Patientin/dem Patienten spricht, desto mehr versteht sie/er“

⁶ Schriftliche Gesundheitsinformationen (z. B. Broschüren im Wartezimmer, weiterführende Informationen zur jeweiligen Erkrankung der Patientin / des Patienten) sollen den Kriterien für gute Gesundheitsinformation entsprechen, welche u. a. die Informationsgrundlage, die Aufbereitung und die Glaubwürdigkeit der Information (Interessenkonflikte!) ansprechen. Weiterführende Informationen: <https://oepgk.at/gute-gesundheitsinformation-oesterreich/> (13.12.2018)

⁷ Eine patientenzentrierte Gesprächsführung umfasst das Einnehmen einer biopsychosozialen Perspektive, das Erfassen der Bedeutung von Krankheit für die Betroffenen, ein partnerschaftliches Rollenverständnis in der Entscheidungsfindung und das Herstellen und Aufrechterhalten einer therapeutischen Allianz. Weiterführende Informationen: www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/8/6/7/CH1443/CMS1476108174030/strategiepapier_verbesserung_gespraechsqualitaet.pdf (13.12.2018)

3 Eckpunkte des Idealmodells

Was bedeuten diese Konzepte nun für die Praxis. Was haben an Gesundheit orientierte Primärversorgungseinheiten zu berücksichtigen? Auf den folgenden Seiten werden Eckpunkte eines Idealmodells skizziert. Das Idealmodell setzt sich aus einer spezifischen Grundhaltung (Grundprinzipien) und spezifischen Handlungsbereichen zusammen.

3.1 Grundhaltung

Die Orientierung an der Förderung von Gesundheit beinhaltet eine spezifische Grundhaltung, in der Folge auch Grundprinzipien genannt. Die Grundprinzipien der Gesundheitsförderung wurden im Rahmen eines Workshops mit Public-Health Expert/inn/en diskutiert und jene Kriterien priorisiert, die für die PVE primär anschlussfähig und realisierbar sind.

Grundprinzipien der Förderung von Gesundheit sind im Kontext der Primärversorgungseinheit vorrangig:

Gesundheitsförderung

- » **umfassender Gesundheitsbegriff:** Gemäß der Ausrichtung an einem an Ressourcen orientierten biopsychosozialen Gesundheitsbegriff ist Gesundheit kein Zustand, sondern ein dynamischer Prozess, in dem das Individuum ständig ein Gleichgewicht mit seiner Umwelt herzustellen versucht, um sein körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden zu optimieren. Anders ausgedrückt: Neben der medizinischen Diagnose und abgeleiteten Behandlungspfaden gilt es auch die subjektiven Bedürfnisse der Patientin / des Patienten zu berücksichtigen.
- » **Ressourcenorientierung:** Orientierung an den vorhandenen persönlichen, sozialen und strukturellen Ressourcen der Patientinnen/Patienten im Sinne von Stärken, Potenzialen, Kompetenzen etc. sowohl von Individuen als auch von sozialen Netzwerken oder Systemen (http://fgoe.org/Grundprinzipien_der_Gesundheitsfoerderung)
- » **Zielgruppenorientierung:** Anpassung der eingesetzten (Kommunikations-)Methoden, Maßnahmen und Interventionen an die Bedürfnisse und Ausgangsbedingungen der jeweiligen Patientin / des jeweiligen Patienten bzw. der jeweiligen Zielgruppe.
- » **Empowerment:** Nutzung der Ressourcen der Patientin / des Patienten (Fähigkeiten, Motivation, Netzwerke) in einer Weise, dass diese/dieser befähigt wird, Probleme selbst zu lösen (z. B. Stärkung der Mobilität durch Rollator)

Gesundheitskompetenz

- » **Zugänglichkeit:** Zugangsbarrieren hinsichtlich der PVE und von dieser bereitgestellter Gesundheitsinformationen sollen möglichst gering gehalten werden (z. B. leicht auffindbare Informationen zur PVE im Internet, keine baulichen Barrieren beim Zugang, gute Verkehrsanbindung und Beschilderung vor und in der PVE)

- » **Transparenz:** Gesundheitsinformationen, Leistungsangebote sowie Vor- und Nachteile von Behandlungsmöglichkeiten müssen für Patientinnen/Patienten nachvollziehbar sein.
- » **Verständlichkeit:** Die PVE bemüht sich, für Patientinnen/Patienten verständliche Informationen (schriftlich und mündlich) weiterzugeben. Sie sollen die Informationen (anhand ihres Relevanzsystems) beurteilen können und gemeinsam mit den Gesundheitsberufen eine für sie gute Entscheidung treffen können.
- » **Anwendbarkeit:** Patientinnen/Patienten sollen dahingehend unterstützt werden, Ratschläge und Verordnungen des gesamten PVE-Teams gut umsetzen zu können.

In weiterer Folge und insbesondere bei der Umsetzung verhältnisbezogener Maßnahmen geht es auch um

- » **Partizipation:** Planen und Umsetzen von Maßnahmen gemeinsam mit Patientinnen/Patienten bzw. mit der regionalen Bevölkerung,
- » **Setting- und Determinantenorientierung:** Berücksichtigung mehrerer Gesundheitsdeterminanten und Lebenswelten,
- » **Vernetzung:** systematisches Austausch von Erfahrungen, Nutzen von Synergien und wechselseitiges Lernen unterschiedlicher Akteurinnen/Akteure (u.a. aus Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung, Zivilgesellschaft),
- » **Nachhaltigkeit:** möglichst nachhaltige Implementierung verhältnisbezogener Maßnahmen,
- » **gesundheitliche Chancengerechtigkeit:** Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit und Erreichung von Chancengerechtigkeit in Bezug auf Gesundheit.

Eine an Gesundheit orientierte Primärversorgungseinheit steht daher für die Vision einer biopsychosozialen patienten- und bevölkerungszentrierten Versorgung, welche Menschen ganzheitlich und in deren sozialem Umfeld betrachtet.

3.2 Gesundheitsförderung in der Primärversorgungseinheit und durch diese

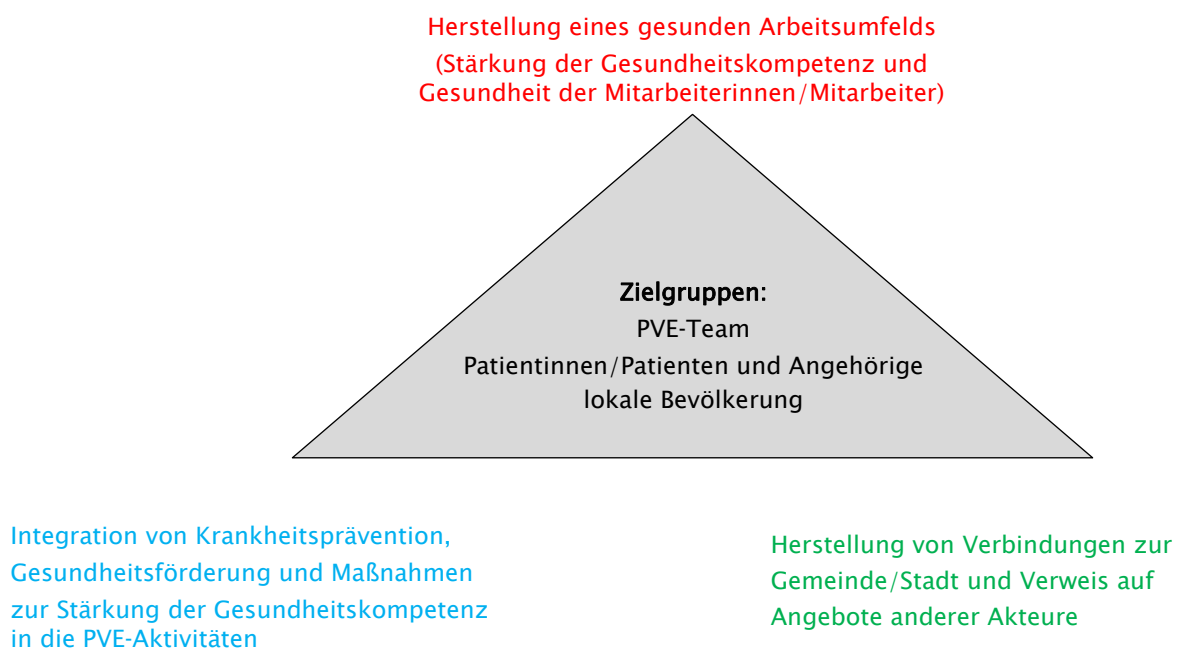
Aus dem Settingansatz der Gesundheitsförderung können drei Zielgruppen für Primärversorgungseinheiten abgeleitet werden: Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter und Patientinnen/Patienten/Angehörige sowie die Bevölkerung im Einzugsgebiet der PVE (WHO 1986).

Eine an Gesundheitsgewinn orientierte Primärversorgungseinheit bemüht sich daher um (Watson 2008):

- » die Herstellung eines gesunden Arbeitsumfeldes für das PVE-Team. Ziel ist es dabei, die Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der PVE zu erhalten und zu fördern. Der Arbeitsplatz hat großen Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Diese kann durch gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen (Berücksichtigung der somatopsychosozialen Grundbedürfnisse der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter) und Prozesse (Arbeitsabläufe) sowie eine gesundheitsfördernde Arbeitsumwelt (ergonomische Bedingungen, Arbeitsklima) gefördert werden.

- » die Integration von Maßnahmen der Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in die Kernprozesse der PVE und das Angebot entsprechender Maßnahmen in der PVE
- » die Zusammenarbeit mit regionalen Akteurinnen/Akteuren zur Initiierung und Umsetzung verhältnisbezogener Maßnahmen in Umfeld der PVE (z. B. Schaffen gesunder Lebens- und Arbeitsbedingungen) ist geplant

Abbildung 3.1:
Eckpunkte einer an Gesundheit orientierten Primärversorgungseinheit



Quelle: eigene Darstellung, adaptiert nach Watson (2008)

Aus den Eckpunkten und Zielgruppen lassen sich folgende idealtypische Strategien (Zielsetzungen) einer an Gesundheit orientierten PVE ableiten (vgl. Tabelle 3.1):

Tabelle 3.1: Strategien einer an Gesundheit orientierten PVE

Gesundheitsgewinn durch Zielgruppe (Zielebene)	Krankheitsprävention Risiken reduzieren	Gesundheitsförderung Ressourcen aufbauen	Gesundheitskompetenz (GK) stärken	
Patientinnen/Patienten (Verhalten)	<ul style="list-style-type: none"> » Maßnahmen zur Vermeidung gesundheitsriskanter Lebensweisen » Maßnahmen zum Verzicht auf risikoreiches Bewältigungsverhalten 	<ul style="list-style-type: none"> » Erhalt bzw. Förderung bestehender Gesundheit (im Rahmen der Behandlung) » Gesundheitsfördernde Gestaltung der PVE für Patientinnen/Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> » Partizipation an Kernprozessen der Behandlung für gute Gesundheitsentscheidungen und eine gute Interaktion mit dem PVE-Team » Empowerment für Krankheitsmanagement und Lebensstilentwicklung 	in der PVE
PVE-Mitarbeiterinnen/ -Mitarbeiter (Verhalten)	<ul style="list-style-type: none"> » Maßnahmen zur Vermeidung gesundheitlich riskanter Lebensweisen » Maßnahmen zum Verzicht auf risikoreiches Bewältigungsverhalten 	<ul style="list-style-type: none"> » gesundheitsfördernde Gestaltung der PVE für das PVE-Team 	<ul style="list-style-type: none"> » Mitgestaltung der Arbeitsabläufe und -strukturen in PVE » Empowerment für Krankheitsmanagement und Lebensstilentwicklung 	
Region/Bevölkerung (Verhältnisse)	<ul style="list-style-type: none"> » Beiträge zur Entwicklung / zum Ausbau von Krankheitspräventionsangeboten in der Region 	<ul style="list-style-type: none"> » Beiträge zur Entwicklung / zum Ausbau von Gesundheitsförderungsangeboten in der Region » Zusammenarbeit unterschiedlicher Leistungserbringerinnen/-erbringer 	<ul style="list-style-type: none"> » Entwicklung einer gesundheitskompetenten PVE (leichter Zugang zur PVE, Navigationshilfen etc.) » Beiträge zur Entwicklung / zum Ausbau von GK-Angeboten und -Organisationen in der Region 	durch die PVE bzw. in Kooperation mit der PVE

Darstellung: GÖG/ÖBIG

Ziel ist es,

- » dass **Patientinnen/Patienten und das PVE-Team** eine gesundheitsfördernde Lebensweise wählen, von gesundheitlich Riskantem Abstand nehmen und gesundheitsgerechte Bewältigungsformen erlernen, u. a. durch Wahl guter Gesundheitsinformation und Erlernen guter Interaktion mit den Gesundheitsberufen im PVE-Team.
- » Bezogen auf die Region (= das Einzugsgebiet der PVE), gilt es einen **Beitrag zu gesunden Lebens- und Arbeitswelten** sowie gesundheitsfördernden und gesundheitskompetenten Einrichtungen und Angeboten zu leisten und zum Abbau gesundheitsschädlicher Umwelteinflüsse und Konflikte beizutragen (Tabelle 3.2).

Tabelle 3.2: Ziele des Aufgabenbereichs „Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz“

Zielebene (Interventions- möglichkeit)	Aufgaben- bereich	Krankheitsprävention Risiken reduzieren	Gesundheitsförderung Ressourcen aufbauen	Gesundheitskompetenz (GK) stärken	
Verhalten von Patientinnen/ Patienten und Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern		<ul style="list-style-type: none"> » Vermeiden gesundheitlich risikoreicher Lebensweisen » Verzicht auf risikoreiches Bewältigungsverhalten 	<ul style="list-style-type: none"> » Wahl gesundheitsfördernder Lebensweisen » Erlernen gesundheitsgerechter Bewältigungsformen 	<ul style="list-style-type: none"> » Wahl guter Gesundheitsinformation » Erlernen guter Interaktion mit Gesundheitsberufen 	Gesundheitsförderung in der PVE
Verhältnisse		<ul style="list-style-type: none"> » Verringern gesundheitsschädlicher Umwelteinflüsse » Beitrag zum Abbau sozialer Konflikte und Belastungen 	<ul style="list-style-type: none"> » Schaffen einer gesunden Lebens- und Arbeitswelt » Beitrag zum Aufbau gesundheitsfördernder Institutionen und sozialer Netzwerke 	<ul style="list-style-type: none"> » Schaffen einer gesundheitskompetenten PVE » Beitrag zum Ausbau von GK-Angeboten und -Organisationen in der Region 	Gesundheitsförderung in Gemeinde durch PVE bzw. in Kooperation mit der PVE

aufbauend auf Klein et al. (2017)

4 Umsetzung: Schrittweise Verwirklichung des Idealmodells

Ausgehend von der bisherigen allgemeinmedizinischen Praxis, die vorrangig medizinische präventive Maßnahmen gesetzt hat, kann auf dieser angesetzt werden und die PVE weiter in Richtung verhaltensbezogener Gesundheitsförderung weiterentwickelt werden. Der Austausch im Primärversorgungsteam im Rahmen von Fallbesprechungen u. Ä. ermöglicht es, über die einzelne Patientin bzw. den einzelnen Patienten hinaus die regionalen bzw. städtischen Verhältnisse in den Blick zu nehmen und diesbezügliche Probleme bzw. Potenziale zu identifizieren. In einem nächsten Schritt können dann auch die regionalen Verhältnisse im Einzugsbereich der PVE ins Visier gefasst werden und gegebenenfalls verhältnisbezogene Maßnahmen angeregt und/oder kann die Kooperation mit lokalen Gesundheitsförderungsanbieterinnen/-anbietern gesucht werden. Wenngleich verhältnisbezogene Maßnahmen nicht gleich zu Beginn umgesetzt werden können, sollte diese Ebene trotzdem von Beginn mitgedacht und schrittweise adressiert werden.

Eine Herausforderung des Aufgabenfeldes ist es, dass derartige Angebote der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung gerade bei Personen, die den höchsten Bedarf daran aufweisen, auf eine eher geringe Akzeptanz und Nachfrage stoßen, was die Wichtigkeit aufsuchender Angebote unterstreicht. Damit wird die Bedeutung verhältnisbezogener Maßnahmen, die von der PVE oder ihren Kooperationspartnerinnen/-partnern gesetzt werden (z. B. Maßnahmen zur sozialen Vernetzung, Bewegungsgruppen), unterstrichen. Deshalb gilt es zu eruieren, ob in der Region Initiativen zur gesundheitsfördernden Gestaltung der Region (z. B. gesunde Gemeinde, Nachbarschaftsinitiativen) bestehen, auf die Patientinnen/Patienten hingewiesen werden können. Gibt es keine derartigen Angebote, können solche angeregt oder gar selbst initiiert werden (vgl. die Arbeiten des SMZ Liebenau).

Für die konkrete Umsetzung des Aufgabenfeldes in Primärversorgungseinheiten können Anleihen an bestehenden Konzepten gesundheitsfördernder und gesundheitskompetenter Gesundheitseinrichtungen genommen werden.

So wurden für gesundheitsfördernde Gesundheitseinrichtungen fünf Standards (Groene 2006) erarbeitet, für gesundheitskompetente Gesundheitseinrichtungen acht (ÖPGK 2018) sowie Selbstbewertungsinstrumente und weitere Unterstützungsmaterialien zur Implementierung bereitgestellt (www.oepgk.at; www.ongkg.at).

Gesundheitsfördernde Gesundheitseinrichtungen

- » **Managementgrundsätze:** Gesundheitsförderung als Bestandteil der Unternehmenspolitik
- » **Patienteneinschätzung:** Erfassung des Gesundheitsförderungsbedarfs bei der Anamnese
- » **Patienteninformation und -intervention:** Gesundheitsförderungsinterventionen bauen auf der Anamnese auf
- » **Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes:** umfassende Gesundheitsförderung für Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter

- » **Kontinuität und Kooperation:** Sicherstellung von Gesundheitsförderungsleistungen für Patientinnen/Patienten der gesamten Versorgungskette

Gesundheitskompetente Gesundheitseinrichtungen⁸

- » **Managementgrundsätze und Unternehmensstrukturen für Gesundheitskompetenz etablieren:** Die organisationale Gesundheitskompetenz ist in Strukturen, Prozessen und in der Kultur der Primärversorgungseinheit einschließlich der organisationalen Selbsteinschätzung verankert.
- » **Materialien und Angebote partizipativ entwickeln:** Die PVE bindet relevante Patienten- und Mitarbeitergruppen durch aktive Partizipation in die Entwicklung und Evaluierung von Dokumenten, Materialien und Angeboten im Zusammenhang mit der Förderung organisationaler Gesundheitskompetenz ein.
- » **Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter für die gesundheitskompetente Kommunikation mit Patientinnen/Patienten qualifizieren:** Gesundheitskompetenz ist ein Thema der Personalentwicklung.
- » **eine unterstützende Umwelt schaffen – Orientierung sicherstellen:** Die PVE gestaltet die Kontaktaufnahme mit und innerhalb der Organisation barrierefrei. Hierfür verwendet sie Symbole, Orientierungstafeln, Wegweiser und Bezeichnungen, die für Patientinnen/Patienten oder Nutzerinnen/Nutzer mit geringer (Gesundheits-)Kompetenz leicht zu verstehen sind.
- » **mit Patientinnen/Patienten gesundheitskompetent kommunizieren:** Kommunikationsprozesse mit den Patientinnen/Patienten werden gemäß den Grundprinzipien der Gesundheitskompetenz gestaltet. Dies trifft für alle Kommunikationsformen und Situationen zu (u. a. Anamnese, Behandlung, Überweisung, Anleitung zum Selbstmanagement). Somit wird auf Kommunikationsbedürfnisse aller Patientinnen/Patienten eingegangen.
- » **die Gesundheitskompetenz von Patientinnen/Patienten und ihren Angehörigen verbessern:** Die PVE fördert die Gesundheitskompetenz der Patientinnen/Patienten und ihrer Angehörigen für ein besseres Selbstmanagement der Erkrankung.
- » **die Gesundheitskompetenz der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter verbessern:** Die PVE fördert die Gesundheitskompetenz ihrer Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, sowohl für das Selbstmanagement von Gesundheitsrisiken während der Arbeit als auch für die Entwicklung gesunder Lebensstile.
- » **zur Gesundheitskompetenz in der Region beitragen:** Die PVE engagiert sich aktiv für die Implementierung organisationaler Gesundheitskompetenz im zu versorgenden Einzugsgebiet.

Für die konkrete Umsetzung des Aufgabenfeldes in Primärversorgungseinheiten gilt es Folgendes zu beachten:

⁸ In der Folge werden die Standards leicht adaptiert für Primärversorgungseinheiten wiedergegeben.

Tabelle 4.1: Zu berücksichtigende Aspekte in der Umsetzung des Idealmodells

	Inhalte	weiterführende Hinweise aus dem / für das Versorgungskonzept
Voraussetzungen in der PVE schaffen	gemeinsames Verständnis des Aufgabenbereiches erzeugen	<ul style="list-style-type: none"> » Unterstützung für Aufgabenbereich von PVE-Management/-Leitung und Finanziers » gemeinsames Verständnis des Aufgabenfeldes im PVE-Team (und bei Finanziers) schaffen » Ist-Analyse und Zielableitung mit anschließender Maßnahmenplanung, -umsetzung sowie -evaluation und Maßnahmen zur Sicherung der Nachhaltigkeit » ggf. fachliche Unterstützung finden
	Sicherstellung von Ressourcen und Infrastruktur für die Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> » Ressourcen im Versorgungsvertrag für den Aufgabenbereich definieren » Anreize für Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in der PVE schaffen » ein interdisziplinäres Gesundheitsteam oder zumindest eine Ansprechperson für den Aufgabenbereich Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz definieren
	Qualifikation der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter	<ul style="list-style-type: none"> » in Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz qualifizierte Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter finden (Zusatzqualifikationen) bzw. die vorhandenen entsprechend schulen
	Bedarf an Krankheitspräventions-, Gesundheitsförderungs- und Gesundheitskompetenzangeboten in der Region identifizieren	<ul style="list-style-type: none"> » Ableitung konkreter Ziele des Aufgabenbereichs anhand des Versorgungsbedarfs
	mit regionalen Anbietern und Initiativen im Bereich kooperieren und weitere (politische) Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> » (regionale) Kooperationspartnerinnen/-partner in diesem Bereich identifizieren und Möglichkeiten der Zusammenarbeit abstimmen
Strukturen und Kernprozesse ressourcenorientiert gestalten	eine unterstützende Umwelt schaffen	<ul style="list-style-type: none"> » Barrierefreiheit von PVE und PVE-Angeboten (Leistungen, Homepage) » Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes in der PVE im Sinne der betrieblichen Gesundheitsförderung⁹
	gesundheitskompetente Kommunikation mit Patientinnen/Patienten	<ul style="list-style-type: none"> » Zugang zu gesundheitsrelevanten guten Gesundheitsinformationen bereitstellen: <ul style="list-style-type: none"> » mündlich » schriftlich
	Erheben des Krankheitspräventions-, Gesundheitsförderungs- und Gesundheitskompetenzbedarfs der Patientinnen/Patienten	<ul style="list-style-type: none"> » Identifikation von Gesundheitsressourcen und aktive Befähigung von Individuen, Gruppen und Familien, Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und diese zu verbessern
	Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter informieren und einbeziehen	<ul style="list-style-type: none"> » Regelungen zur Zusammenarbeit mit PVE-Team und Kooperationspartnerinnen/-partnern

⁹ keine im ÖSG vorgesehene Leistung

Leistungen in der PVE	Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in der PVE (vgl. ÖSG 2017)	<ul style="list-style-type: none"> » präventive Maßnahmen allgemeine Gesundheitsrisiken betreffend » präventive Maßnahmen zur Vorbeugung chronischer Erkrankungen und psychischer/psychosomatischer Gesundheitsrisiken » präventive Maßnahmen gegen geriatrische Gesundheitsrisiken » Gesundheitskompetenz von Individuen, Gruppen und Familien stärken
Leistungen durch die PVE	zur Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung in der Region / der zu versorgenden Bevölkerung beitragen (durch populationsbezogene Angebote) ¹⁰	<ul style="list-style-type: none"> » Mitwirkung an populationsbezogenen und zielgruppenspezifischen regionalen Gesundheitsförderungsmaßnahmen » aktives Zugehen auf vulnerable Gruppen, um ihnen den Zugang zur Versorgung zu erleichtern » Kooperation mit relevanten Akteurinnen/Akteuren in der Region
	Partizipation	<ul style="list-style-type: none"> » nach Möglichkeit Informationsmaterialien und Angebote partizipativ mit Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und Patientinnen/Patienten weiterentwickeln und evaluieren

Quelle: Dietscher et al. (2015); ÖPGK

¹⁰ im ÖSG als Leistung definiert

5 Ausblick

Zur Unterstützung der konkreten Planung einer an Gesundheit (Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz) orientierten Primärversorgungseinheit werden folgende weiterführende Dokumente im Projektverlauf bereitgestellt:

- » eine Ausfüllhilfe mit Textbausteinen zum Musterversorgungskonzept für PVE bezüglich Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz. Im Leitfaden (Glossar) zum Musterversorgungskonzept finden sich auch Interpretationshilfen.
- » eine Sammlung (Toolbox) mit Maßnahmen zur unmittelbaren Umsetzung im PVE-Alltag (z. B. Social Prescribing) wird im Jahr 2019 bereitgestellt

Weiterführende Informationen finden Sie bei folgenden Stellen:

- » Österreichisches Forum Primärversorgung:
 - » <https://primaerversorgung.org>
- » Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz (ÖPGK):
 - » <https://oepgk.at>
- » Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen:
 - » <http://www.ongkg.at>
- » Fonds Gesundes Österreich:
 - » http://fgoe.org/Fachwissen_zum_Thema_Gesundheitsfoerderung
- » Gründerinitiative des BMASGK (in Arbeit)
- » Webseite der österreichischen Sozialversicherung zur Primärversorgung:
 - » <https://www.sv-primarversorgung.at/>

Literatur

- Antonovsky, Aaron (1987): *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.* Jossey-Bass Publishers, San Francisco
- Antonovsky, Aaron (1996): The salutogenic model as a theory to guide health promotion. In: *Health Promotion International* 11/1:11–18
- Antonovsky, Aaron (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.* Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie DGVT, Tübingen
- Bauer, S. E.; Schumacher, J. R.; Hall, A. G.; Hendry, P.; Peltzer-Jones, J. M.; Kalynych, C.; Carden, D. L. (2016): Primary care experiences of emergency department patients with limited health literacy. In: *Journal of Ambulatory Care Management* 39/1:32–41
- BMGF (2017): *ÖSG 2017 – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission.* Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- Bundes-Zielsteuerungskommission B-ZK (2014): "Das Team rund um den Hausarzt". Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Beschlossen in der Bundes-Zielsteuerungskommission am 30. Juni 2014. Bundesgesundheitsagentur, Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Cawthon, C.; Mion, L. C.; Willens, D. E.; Roumie, C. L.; Kripalani, S. (2014): Implementing routine health literacy assessment in hospital and primary care patients. In: *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 40/2:68–76
- Dietscher, Christina; Lorenc, Jakob; Pelikan, Jürgen M. (2015): *Das SelbstbewertungsInstrument zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen (WKGKKO-I).* Ludwig Boltzmann Institut erstellt in Kooperation mit ONGKG, Wien
- Eriksson, Monica (2017): The Sense of Coherence in the Salutogenic Model of Health. In: *The Handbook of Salutogenesis.* Hg. v. Mittelmark, Maurice B. et al. Springer International Publishing, Cham 91–96
- Groene, Oliver (Hg.) (2006): *Einführung von Gesundheitsförderung in Krankenhäusern: Handbuch und Selbstbewertungs-Formulare.* Barcelona
- Hernandez, L.; French, M.; Parker, R. (2017): Roundtable on Health Literacy: Issues and Impact. *Studies in Health Technology and Informatics*, 240, 169–185
- Hersh, L.; Salzman, B.; Snyderman, D. (2015): Health Literacy in Primary Care Practice. In: *Am Fam Physician* 92/2:118–124
- HLS-EU-Consortium (2012): *Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey.* The international Consortium of the HLS-EU Project, Online

- Joshi, C.; Jayasinghe, U. W.; Parker, S.; Mar, C. D.; Russell, G.; Lloyd, J.; Mazza, D.; Denney-Wilson, E.; Van Driel, M.; Taylor, R.; Harris, M. F.; Zwar, N.; Litt, J.; Smith, J.; Laws, R.; Snowdon, T.; Bolger-Harris, H.; Groombridge, S.; Goldstein, S.; Howarth, T.; Huang, N.; Wilson, J. (2014): Does health literacy affect patients' receipt of preventative primary care? A multilevel analysis. In: *BMC Family Practice* 15/1:
- Jovic-Vranes, A.; Bjegovic-Mikanovic, V.; Marinkovic, J. (2009): Functional health literacy among primary health-care patients: Data from the Belgrade pilot study. In: *Journal of Public Health* 31/4:490-495
- Kamberi, H.; Hysa, B.; Toçi, E.; Jerliu, N.; Qirjako, G.; Burazeri, G. (2013): Functional health literacy among primary health care users in transitional Kosovo. In: *Medicinski arhiv* 67/3:209-211
- Kaphingst, Kimberley A; Weaver, Nancy L; Wray, Richard J; Brown, Melissa LR; Buskirk, Trent; Kreuter, Matthew W. (2014): Effects of patient health literacy, patient engagement and a system-level health literacy attribute on patient-reported outcomes: a representative statewide survey. In: *BMC Health Services Research* 2014/14:
- Keleher, H.; Hagger, V. (2007): Health literacy in primary health care. In: *Australian Journal of Primary Health* 13/2:24-30
- Kickbusch, Ilona; Pelikan, Jürgen; Haslbeck, Jörg; Apfel, Franklin; Tsouros, Agis D. (2016): WHO Gesundheitskompetenz. Die Fakten. Careum Stiftung,
- Klein, Charlotte; Pertl, Daniela; Rojatz, Daniela; Nowak, Peter (2017): Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- McManus, A. (2013): Health promotion innovation in primary health care. In: *Australasian Medical Journal* 6/1:15-18
- Moreno-Peral, P.; Conejo-Cerón, S.; Fernández, A.; Berenguera, A.; Martínez-Andrés, M.; Pons-Vigués, M.; Motrico, E.; Rodríguez-Martín, B.; Bellón, J. A.; Rubio-Valera, M. (2015): Primary care patients' perspectives of barriers and enablers of primary prevention and health promotion – A meta-ethnographic synthesis. In: *PLoS ONE* 10/5:
- Nowak, Peter (2018): Selbstbestimmte Menschen brauchen gesundheitskompetente Rahmenbedingungen. 4 ÖPGK Konferenz. Graz, 24. Oktober 2018
- PrimVG, Primärversorgungsgesetz (2017): Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten, GP XXV IA 2255/A AB 1714 S. 188. BR: AB 9882 S. 871., Ausgegeben am 2. August 2017
- Rojatz, Daniela; Nowak, Peter; Leuprecht, Eva; Christ, Rainer (2018): Konzeptuelle Grundlagen von Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitskompetenz in der Primärversorgung. Gesundheit Österreich, Wien. Unveröffentlicht
- Rowlands, G.; Protheroe, J. (2012): SAPC Hot Topic: the importance of 'health literacy' in primary care. In: *Primary health care research & development* 13/2:186-188

- Rubio-Valera, M.; Pons-Vigués, M.; Martínez-Andrés, M.; Moreno-Peral, P.; Berenguera, A.; Fernández, A. (2014): Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: A synthesis through meta-ethnography. In: PLoS ONE 9/2:
- Rumpelberger, Karin (2013): Gesund ist, wer nicht krank ist? Subjektive Gesundheitsvorstellungen öö. Hausärzte und ihre gegenwärtige und zukünftige Rolle. Gesundheitswissenschaften. OÖ Gebietskrankenkasse Linz
- Santesmases-Masana, R.; González-de Paz, L.; Real, J.; Borràs-Santos, A.; Sisó-Almirall, A.; Navarro-Rubio, M. D. (2017): Health literacy in patients with heart failure treated in primary care. In: *Atencion Primaria* 49/1:28-34
- Schein, Susanne (2012): Was verstehen niedergelassene Allgemeinmediziner unter „Gesundheitsförderung“? Master of Public Health. Master-Arbeit. Medizinische Universität Graz – Universitätslehrgang Public Health, Graz: Medizinische Universität Graz
- Sorensen, K.; Van den Broucke, S.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z.; Brand, H.; Consortium Health Literacy Project, European (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: *BMC public health* 12/80:1-13
- Taggart, J.; Williams, A.; Dennis, S.; Newall, A.; Shortus, T.; Zwar, N.; Denney-Wilson, E.; Harris, M. F. (2012): A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. In: *BMC Family Practice* 13/:
- Watson, Michael (2008): Going for gold: the health promoting general practice. In: *Quality in Primary Care* 2008/16:177-185
- WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. International Conference on Health Promotion, Ottawa
- WHO (1997): The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert. WHO und Ministry of Health, Republic of Indonesia, Genf

