

Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis

Ergebnisbericht

Im Auftrag Fonds Gesundes Österreich

Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis

Ergebnisbericht

Autorinnen/Autor:

Charlotte Klein
Daniela Pertl
Daniela Rojatz
Peter Nowak

Beratung:

Martin Sprenger

Fachliche Begleitung durch den FGÖ:

Verena Zeuschner

Projektassistenz:

Bettina Engel

Wien, im Jänner 2017

Im Auftrag Fonds Gesundes Österreich

Zitiervorschlag: Klein, Charlotte; Pertl, Daniela; Rojatz, Daniela; Nowak, Peter (2017): Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis. Gesundheit Österreich, Wien

P0/1/4809

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH –
Alle: 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

Das Setting Hausarztpraxis ist bislang von den Re-Orientierungsbestrebungen der Gesundheitsdienste in Richtung Gesundheitsförderung weitgehend unberührt geblieben. Hausärztinnen und Hausärzten kommt aber durch ihren niederschweligen und regelmäßigen Kontakt zur nahezu gesamten Bevölkerung eine wichtige Rolle in der Gesundheitsförderung und für das Rahmgesundheitziel 3 „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ zu. Die Tatsache, dass drei Viertel der Österreicherinnen und Österreicher in den letzten zwölf Monaten ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin aufgesucht haben, zeigt, wie wichtig die Hausarztpraxis nicht nur als Zugangsweg zur Bevölkerung, sondern auch selbst als gesundheitsförderndes Setting ist.

In Anbetracht der aktuellen Entwicklungen in der Primärversorgung wird das Setting Hausarztpraxis für die Gesundheitsförderung immer wichtiger. Damit stellt sich aber die Frage, welche gesundheitsfördernden Maßnahmen im Setting Hausarztpraxis / in der Primärversorgung effektiv sind. Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) beauftragte daher das österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) damit, die vorhandene wissenschaftliche Evidenz und österreichische Projekterfahrungen auf diese Frage hin zu analysieren.

Mit Hilfe einer systematischen Literaturanalyse, einer Handsuche, Experteninterviews und einer Fokusgruppe konnten verhältnisbezogene und lebensstilbezogene Handlungsfelder (Alkoholkonsum, Rauchentwöhnung, psychosoziale Gesundheit, körperliche Bewegung, gesunde Ernährung, riskantes Sexualverhalten) für eine gesundheitsfördernde Hausarztpraxis identifiziert werden. Dabei zeigt sich, dass verhältnisbezogene Maßnahmen (wie etwa im Rahmen des Programms „Gesunde Gemeinde“) nur sehr vereinzelt umgesetzt werden und hier Hausärzte/-ärztinnen vorrangig multiplikatorisch wirken. Im Rahmen ihrer Routinetätigkeit (z. B. Vorsorgeuntersuchung) setzen Hausärzte/Hausärztinnen bereits zahlreiche lebensstilbezogene Maßnahmen. Studien zu lebensstilbezogenen Maßnahmen lassen darauf schließen, dass gut gesetzte Maßnahmen einen gesundheitsfördernden Effekt haben (z. B. zur Reduktion des Alkoholkonsums beitragen).

Mit Hilfe von Expertinnen und Experten wurden Empfehlungen zur Stärkung von Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis erarbeitet. Anknüpfend an die bisherige Praxis, die vor allem eine am Individuum ausgerichtete Risikoprävention ist, soll zunächst die individuelle Ressourcensteigerung von Patientinnen/Patienten forciert werden, die sich – unterstützt durch neue Tendenzen in der Primärversorgung – in Richtung verhältnisbezogene Gesundheitsförderung entwickeln soll. Auf Systemebene werden sieben zentrale Empfehlungen zur systematischen Unterstützung formuliert und für jede dieser Empfehlungen mögliche Umsetzungsmaßnahmen skizziert:

1. Stärken der Anerkennung von Gesundheitsförderung und Förderung von Gesundheitskompetenz als integrierte Aufgabe der Gesundheitsversorgung
2. Erarbeiten eines Organisationsmodells „Gesundheitsfördernde Arztpraxis/Primärversorgungseinrichtung“
3. Entwickeln von Schulungsangeboten und Informationsmaterialien
4. Entwickeln von Anreizsystemen und Finanzierungsregeln
5. Regionale Koordination der Gesundheitsförderungsmaßnahmen
6. Weiterentwicklung und Ausbau von regionaler Infrastruktur
7. Stärken von Gesundheitsförderungsforschung im Setting Hausarztpraxis/Primärversorgung

Inhalt

Kurzfassung	III
Abkürzungen.....	VI
Tabellen	VII
1 Hintergrund.....	1
1.1 Ausgangssituation und Auftrag	1
1.2 Methode und Aufbau	2
1.3 Zugrundeliegendes Konzept von Gesundheitsförderung	3
2 Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis	5
2.1 Verhältnisbezogene Handlungsfelder	6
2.1.1 Handlungsfeld Gemeinde	7
2.1.2 Handlungsfelder Schule und Kindergarten	9
2.2 Lebensstilbezogenen Handlungsfelder	9
2.2.1 Interventionen.....	9
2.2.2 Alkoholkonsum	13
2.2.3 Rauchen.....	14
2.2.4 Psychosoziale Gesundheit, Depression	16
2.2.5 Körperliche Aktivität/Bewegung.....	17
2.2.6 Gesunde Ernährung.....	19
2.2.7 Riskantes Sexualverhalten, sexuelle Erkrankungen.....	20
3 Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis	22
3.1 Förderliche und hinderliche Faktoren	22
3.2 Gesundheitskompetente Hausärztinnen und -ärzte	24
4 Schlussfolgerungen	25
5 Empfehlungen für die Stärkung von Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis/Primärversorgung.....	27
6 Literatur	32
7 Anhang 1 Evidenztabellen lebensstilbezogene Handlungsfelder.....	38
8 Anhang 2 Methoden	56
8.1 Systematische Literatursuche	56
8.2 Suchstrategien	57
8.3 Handsuche: Identifikation von Pilotprojekten.....	70
8.4 Expertinnen und Experteninterviews.....	71
8.4.1 Fokusgruppe Hausärztinnen und Hausärzte.....	72
8.4.2 Ergebnisprotokoll: Fokusgruppe zum Setting Hausarztpraxis	73
8.5 Ableitung der Empfehlungen	78

Abkürzungen

AKS	Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin
B-ZK	Bundes Zielsteuerungskommission
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GF	Gesundheitsförderung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HVSVT	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
k. A.	keine Angabe
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NÖ	Niederösterreich
o. J.	ohne Jahresangabe
ONGKG	Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Tabellen

Tabellen im Bericht

Tabelle 1.1: Felder der Prävention und Gesundheitsförderung	4
Tabelle 2.1: Beispiel für ein ärztliches Beratungsgespräch	18
Tabelle 3.1: identifizierte förderliche und hinderliche Rahmenbedingungen (Projekterfahrungen)	22
Tabelle 3.2: Eigenschaften gesundheitskompetenter Hausärztinnen und -ärzte	24
Tabelle 4.1: Identifizierte Beispiele von Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis	26
Tabelle 5.1: Grundschrte zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis/Primärversorgung	27
Tabelle 7.1 Evidenztabelle über identifizierte Übersichtsarbeiten zu Alkohol	39
Tabelle 7.2: Evidenztabelle über identifizierte Übersichtsarbeiten zu Rauchen	42
Tabelle 7.3: Evidenztabelle über identifizierte Übersichtsarbeiten zu psychosozialer Gesundheit und Depression	45
Tabelle 7.4: Evidenztabelle über identifizierte Übersichtsarbeiten zu körperlicher Aktivität	46
Tabelle 7.5: Evidenztabelle über identifizierte Übersichtsarbeiten zu gesunder Ernährung	51
Tabelle 7.6: Evidenztabelle über identifizierte Übersichtsarbeiten zu riskantem Sexualverhalten und sexuellen Erkrankungen	54
Tabelle 7.7: Evidenztabelle über identifizierte Übersichtsarbeiten zu kombinierten lebensstilbezogenen Handlungsfeldern	55
Tabelle 8.1: Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturselektion	56
Tabelle 8.2: Suchstrategie 1 für Medline und Cochrane Database	57
Tabelle 8.3: Suchstrategie 1 für CINAHL über EBSCO	60
Tabelle 8.4: Suchstrategie 1 für die Datenbank Dopher	62
Tabelle 8.5: Suchstrategie 2 für Medline und Cochrane Database via OVID	63
Tabelle 8.6: Suchstrategie 2 für CINAHL über EBSCO	65
Tabelle 8.7: Suchstrategie 2 für die Datenbank Dopher	69
Tabelle 8.8: FGÖ-geförderte Projekte, die Ärztinnen/Ärzte einbeziehen	70

1 Hintergrund

1.1 Ausgangssituation und Auftrag

Ein zentrales Ziel der Ottawa Charter zur Gesundheitsförderung ist die Re-Orientierung der Gesundheitsdienste an Gesundheitsförderung (WHO 1986). Ein Setting, welches in diesem Kontext bislang wenig erschlossen wurde, ist das Setting Hausarztpraxis (Bahrs/Matthiessen 2007; Watson 2008). Dabei fungieren Hausärztinnen/Hausärzte als erste Ansprechpartner und Vertrauenspersonen in der gesundheitlichen Versorgung: 76 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher haben (laut Selbstangabe) in den letzten zwölf Monaten eine Hausarztpraxis aufgesucht (Klimont/Baldaszi 2015).

Zunehmend wird auch Gesundheitsförderung (GF) als Aufgabe von Hausärztinnen/-ärzten erkannt (Allgemeinmedizin 2002; BMG 2014). Im Zuge der geplanten strukturellen Veränderung in der Primärversorgung soll das „Team rund um den Hausarzt“ eine stärkere Rolle in Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenzentwicklung und Prävention spielen.

Das Konzept „Primärversorgung neu“ postuliert Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung und sieht folgende Funktion einer gestärkten Primärversorgung vor: „Kontinuierliche Versorgung durch ein Team, das als fester Ansprechpartner dauerhaft, langfristig und nachhaltig sowohl die gesunde Bevölkerung (Gesundheitsförderung und Prävention) als auch akut Erkrankte (Kuration) sowie chronisch Kranke und Risikopatienten (Disease Management) bei der Bewältigung ihrer Gesundheitsanliegen begleitet“ (BMG 2014, 9). Damit wird erstmals Gesundheitsförderung als zentrale Aufgabe der Primärversorgung definiert.

Dass Gesundheitsförderung in der allgemeinmedizinischen Praxis regelmäßig ein Thema ist, zeigt eine Erhebung in der Steiermark: Hausärztinnen und Hausärzte sehen Gesundheitsförderung als eine ihrer Aufgaben, 97 Prozent geben an, entsprechende Aufgaben wahrzunehmen. Allerdings wünscht sich die Hälfte der Befragten mehr konzeptuelle Klarheit über Gesundheitsförderung und mehr Informationen zur effizienten Umsetzung (Schein 2012). Gleichzeitig wünscht sich fast ein Viertel der Vertreter/innen der österreichischen Gemeinden (22 %) eine Ausweitung der Angebote an Gesundheitsförderung und Prävention in der Hausarztpraxis (HVSVT 2015).

Was Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis bedeutet und bedeuten kann, ist bislang weitgehend undefiniert (Rumpelsberger 2012; Schein 2012) – diese Lücke zeigt sich zunehmend im Zuge der Erschließung der Hausarztpraxis als Setting der Gesundheitsförderung. Für diesen Prozess ist die Frage zu beantworten, welche Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Setting Hausarztpraxis effektiv sind und welche Kompetenzen und Rahmenbedingungen für deren Umsetzung erforderlich sind. Der Fond Gesundes Österreich (FGÖ) beauftragte daher das österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) damit, die vorhandene Evidenz und österreichische Projekterfahrungen zu dieser Frage zusammenzutragen.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist, eine wissenschaftliche Grundlage zu schaffen, die die Umsetzung von Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis unterstützen kann und auslotet, wie im Zuge der geplanten strukturellen Veränderung der Primärversorgung Gesundheitsförderung bestmöglich integriert werden kann.

1.2 Methode und Aufbau

Im Rahmen des Projektes wurden unterschiedliche Methoden der Evidenzsuche – systematische Literaturrecherche, eine Handsuche nach österreichischen Pilotprojekten, Interviews mit Fachleuten und eine Fokusgruppe – kombiniert (Siehe Anhang 2 Methoden).

Das Kapitel 2 „Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis“ präsentiert die Ergebnisse aus der Literaturanalyse (systematische Suche und Handsuche) und der Fokusgruppe. Dabei wird zuerst ein Rahmen aufgespannt und gezeigt, welche Aspekte Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis umfasst. Im Anschluss werden verhältnisbezogene Handlungsfelder (Kapitel 2.1) der Hausärztinnen und Hausärzte beschrieben. Präsentiert werden Beispiele von einzelnen Projekten oder Maßnahmen, die Hausärztinnen/Hausärzte – teilweise im Rahmen größerer Programme (wie z. B. Gesunde Gemeinde) – durchführen, aber auch Beispiele von singulären (teilweise ehrenamtlichen) Engagements. Das Kapitel 2.2 „Lebensstilbezogene Handlungsfelder“ nennt zuerst personenzentrierte Interventionen, also Techniken, die Hausärztinnen/Hausärzte benötigen, um ihre Patientinnen und Patienten zu erreichen. Danach werden lebensstilbezogene Handlungsfelder (Alkoholkonsum, Rauchentwöhnung, psychosoziale Gesundheit, körperliche Aktivität, gesunde Ernährung und riskantes Sexualverhalten) beschrieben und die entsprechende Evidenz für Gesundheitsförderung in diesen Handlungsfeldern angeführt.

Im Kapitel 3 werden förderliche und hinderliche Faktoren für Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis beschrieben sowie auf erforderliche Kompetenzen von Hausärztinnen/-ärzten eingegangen, um Gesundheitsförderungsmaßnahmen umsetzen zu können.

Kapitel 3.2 schließt mit Schlussfolgerungen den wissenschaftlichen Ergebnisbericht ab.

In Kapitel 5 werden Empfehlungen für die weitere Vorgehensweise zur Stärkung der Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis formuliert, die mit Expertinnen und Experten erarbeitet wurden.

Im Anhang findet sich eine ausführlichere Darstellung der Evidenz zu lebensstilbezogenen Handlungsfeldern (aus der systematischen Literaturanalyse) und der eingesetzten Methoden (Suchstrategie, Experteninterviews inklusive Interviewleitfaden, Fokusgruppe inklusive Ergebnisprotokoll).

1.3 Zugrundeliegendes Konzept von Gesundheitsförderung

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess ab, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ (Ottawa Charter für Gesundheitsförderung, WHO 1986)

Damit orientiert sich Gesundheitsförderung an den vorhandenen Ressourcen und ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Die Vorstellung eines Kontinuums mit den Endpunkten Gesundheit und Krankheit greift zu kurz. Vielmehr kann Gesundheit „auch unabhängig von Krankheit beobachtet und gefördert werden“ (Pelikan 2007). Auch bei Vorliegen einer Erkrankung bleiben gesunde Potenziale erhalten, die gefördert werden können.

In der Praxis sind die Übergänge zwischen Prävention von Krankheit einerseits und Schutz und Entwicklung positiver Gesundheit andererseits allerdings fließend. Als pragmatische Abgrenzungshilfe zwischen Prävention und Gesundheitsförderung kann die Frage gestellt werden, ob sich eine Intervention an vorhandenen Defiziten (Krankheit) oder an vorhandenen Ressourcen (Gesundheit) orientiert. In dieselbe Richtung geht die Prüfung, ob ein problemorientierter Ansatz (Ziel: Abwesenheit von Krankheit) oder ein zielorientierter Ansatz (Ziel: bestmögliche erreichbare Lebensqualität) verfolgt wird (De Maeseneer 2016). Bei ersterem beurteilt die Ärztin / der Arzt den Erfolg, bei letzterem der/die Patient/in.

Eine weitere für Gesundheitsförderung häufig anzutreffende Differenzierung ist jene zwischen Verhaltens- und Verhältnisorientierung. Im ersten Fall sind Maßnahmen angesprochen, die einzelne Individuen ansprechen. Im zweiten Fall geht es um die Veränderung der gesellschaftlichen (z. B. lokalen, regionalen) Verhältnisse.

Tabelle 1.1 kombiniert und veranschaulicht diese beiden Differenzierungen. Sie zeigt, dass Maßnahmen sowohl an der Reduktion von Risiken (Felder links oben und unten) als auch am Aufbau von Ressourcen (Felder rechts oben und unten) ansetzen können, und dies jeweils auf der individuellen Verhaltensebene wie auch auf Ebene der Verhältnisse.

Tabelle 1.1:
Felder der Prävention und Gesundheitsförderung

Zielebene	Risiken reduzieren	Ressourcen aufbauen	
Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> » Vermeiden gesundheitsriskanter Lebensweisen » Verzicht auf risikoreiches Bewältigungsverhalten 	<ul style="list-style-type: none"> » Wahl gesundheitsfördernder Lebensweisen » Erlernen gesundheitsgerechter Bewältigungsformen 	Gesundheitsförderung in der Hausarztpraxis
Verhältnisse	<ul style="list-style-type: none"> » Verringern gesundheitsschädlicher Umwelteinflüsse » Abbau sozialer Konflikte und Belastungen 	<ul style="list-style-type: none"> » Schaffen einer gesunden Lebens- und Arbeitswelt » Aufbau gesundheitsfördernder Institutionen und sozialer Netzwerke 	Gesundheitsförderung im Setting Gemeinde durch Hausarzt / -ärztin

Quelle: Fischer et al. (2005)

Nachdem Menschen bei einem gesundheitlichen Problem häufig den Hausarzt / die Hausärztin als erste Anlaufstelle aufsuchen, handelt es sich bei der Hausarztpraxis um ein (potenzielles) Setting der Gesundheitsförderung. Ein Setting für Gesundheitsförderung ist ein Ort oder sozialer Kontext in der Lebenswelt der Menschen, dem sich die Menschen verbunden fühlen und der Einfluss auf die Gesundheit ausübt (Nutbeam 1998). Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis kann sowohl Gesundheitsförderung **in der Hausarztpraxis** bedeuten im Sinne eines Aufbaus der Ressourcen einzelner Patientinnen/Patienten, als auch Gesundheitsförderung **im Setting Gemeinde durch den Hausarzt / die Hausärztin**. Letzteres bezieht sich auf Maßnahmen, die auf die Veränderung von Verhältnissen abstellen.

Für den **vorliegenden Bericht** werden alle Maßnahmen der Gesundheitsförderung zugerechnet, die die Ressourcen von Menschen stärken. Maßnahmen der Sekundärprävention, die eine Verschlechterung bereits vorliegender Erkrankungen (z. B. Diabetes) verhindern bzw. hinauszögern sollen, werden nicht dazugezählt.

2 Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis

Die klassischen hausärztlichen Tätigkeiten fokussieren auf einzelne Individuen. Der Hausarzt / die Hausärztin ist zumeist die erste Ansprechperson bei gesundheitlichen Problemen (Kessler/Steinmann 2015). Das Setting Hausarztpraxis nimmt daher eine wichtige Funktion in der Gesundheitsberatung, Früherkennung von gesundheitsrelevanten Risiken, Sensibilisierung von Patientinnen und Patienten, Informationen zum Lebensstil und in der Weitervermittlung an spezialisierte Einrichtungen ein.

Die Vorsorgeuntersuchung stellt einen strukturierten, niederschweligen Beratungszugang zu Patientinnen/Patienten her, der Gelegenheit für lebensstilbezogene Gesundheitsförderung bietet (z. B. Beratung bzgl. Ernährung, Bewegung, Alkoholkonsum). Dabei zeigt sich, dass schon kleine Beratungsimpulse Großes bewirken können. Beispielsweise kann sich die Lebensqualität einer Person erhöhen, wenn sich die Kommunikationsqualität in der Familie verbessert.

Insgesamt wird das Setting Hausarztpraxis zunehmend gesundheitsfördernd gestaltet. In den Wartezimmern wird zunehmend auf eine angenehme Atmosphäre geachtet und im Einzelgespräch mit der Patientin / dem Patienten wird mehr Wert auf Privatsphäre gelegt. Auch auf die Qualität der Kommunikation – ein zentrales Instrument von Ärztinnen/Ärzten – wird zunehmend Wert gelegt (Siehe Kapitel 2.2.1).

Die Hausärztin / der Hausarzt wird regelmäßig von einem Großteil der Bevölkerung kontaktiert. Dies ermöglicht einerseits eine besondere Arzt–Patienten–Beziehung, andererseits ist die Hausärztin / der Hausarzt dadurch über die Lebensbedingungen ihrer/seiner Patientinnen und Patienten gut informiert und kennt häufig ihre Bedürfnisse und Risiken. Daher kann sie/er mit geringem Aufwand bei Gesundheitsproblemen begleiten oder zielgerichtet zu weiterführenden Angeboten vermitteln (Kessler/Steinmann 2015). Zudem ist sie/er in der Lage, mögliche **Schutz- und Belastungsfaktoren**, die in der Region bestehen, zu identifizieren und in der Behandlung zu berücksichtigen (SpringerMedizin.at 2005).

Darüber hinaus können Hausärztinnen/Hausärzte in ihrer Funktion als Gemeinde- oder Schulärztin/-arzt gesundheitsfördernd wirken. Darüber hinaus sind (einzelne) Hausärztinnen/Hausärzte auch eigeninitiativ bezüglich Gesundheitsförderung: So wird etwa von einem pensionierten Arzt aus Deutschland berichtet, der ein regionales Unterstützungsnetzwerk (Nachbarschaftshilfe) aufgebaut hat (Prüfer et al. 2015).

Durch Bereitschaftsdienste und Visiten haben Hausärzte und Hausärztinnen auch Einblicke in die Wohnverhältnisse der Patientinnen/Patienten. Damit ist es ihnen möglich, unter Berücksichtigung der **Lebensumstände der Patientinnen und Patienten** weitere Behandlung oder Betreuung zu organisieren (z. B. Organisation von Essen auf Rädern oder anderer Formen der (sozialen) Unterstützung, damit Patientinnen/Patienten lange möglichst selbstständig in der gewohnten Umgebung, den eigenen vier Wänden, bleiben zu können). Ebenso wird häufig bereits wichtige Angehörigenarbeit geleistet.

Aus Grundlagenarbeiten und aus einzelnen Praxisbeispielen lässt sich das große Handlungsspektrum von Hausärztinnen/-ärzten im Bereich Gesundheitsförderung aufzeigen. In der Folge wird dargestellt, welche Maßnahmen Hausärztinnen und Hausärzte in Österreich bereits umsetzen und welche Evidenz in der internationalen Literatur zum Thema gefunden wurde. Ausgehend vom zugrundeliegenden Konzept der Gesundheitsförderung (vgl. Kapitel 1.3) wird zwischen verhältnisbezogenen Handlungsfeldern (Gesundheitsförderung im Setting durch Hausarzt) und lebensstilbezogenen Handlungsfeldern (Gesundheitsförderung in der Hausarztpraxis) unterschieden.

2.1 Verhältnisbezogene Handlungsfelder

Gesundheit entsteht im alltäglichen Leben – dort, wo „Menschen spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (Ottawa Charter zur Gesundheitsförderung, WHO 1986).

Der Hausarzt / die Hausärztin kann neben der Tätigkeit in seiner/ihrer Praxis zusätzliche Funktionen wie z. B. Gemeindefacharzt/-ärztin oder Schularzt/-ärztin ausüben. Dies ermöglicht ihm/ihr auch Einblick und Zugang zu weiteren wichtigen Lebensräumen in der Region. Er/sie kann dadurch gesundheitsfördernd auf die Gemeinde und die ansässigen Organisationen wie Schulen, Kindergärten und Betriebe wirken. Dabei zeigt sich, dass Hausärztinnen/-ärzte sowohl als Initiatoren oder Katalysatoren/Mediatoren für gesundheitsfördernde Initiativen wirken als auch sich selbst aktiv an der Umsetzung von Maßnahmen beteiligen können: „Wir verstehen uns in der Rolle der Mediatoren, die zwischen BürgerInnen und PolitikerInnen vermitteln. Wir haben die Ziele und Forderungen der BürgerInnen gesammelt und zusammengefasst.“ (Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau 2015, 47).

Gesundheitssicherung wird als eine wichtige Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) angesehen und seine Rolle als „Anwaltschaft“ für die Gesundheit der Bevölkerung betont. Ziel des Wirkens des ÖGD ist der Erhalt und die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung (Bundesministerium für Gesundheit 2013). Für einen modernen, künftigen öffentlichen Gesundheitsdienst sollen auch Gesundheitsförderungsaufgaben wichtiger werden (Bundesministerium für Gesundheit 2013).

Derzeit ist die Evidenz für verhältnisbezogene Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Setting Hausarztpraxis noch gering – nicht nur für Österreich. Eine gezielte Suche in der FGÖ-Datenbank nach geförderten Projekten, die (Haus-)Ärztinnen/Ärzte einbeziehen, führte nur zu wenigen Treffern. Hausärztinnen/-ärzte werden, wenn überhaupt, als sekundäre Zielgruppe genannt, welche über Gesundheitsförderungsmaßnahmen informiert werden, damit sie als Multiplikatorinnen/Multiplikatoren fungieren können, oder sind Teil der Projektsteuerungsgruppe (vgl. Kapitel 8.3). Die folgende Darstellung ist daher auf einzelne, dokumentierte Beispiele von verhältnisbezogener Gesundheitsförderung beschränkt.

2.1.1 Handlungsfeld Gemeinde

Im Zuge der Recherche (siehe Kapitel 8 Anhang 2 Methoden) wurden einzelne Beispiele für Gesundheitszentren identifiziert. Es handelt sich um Arztpraxen, die sich zu Zentren mit breiterem Angebotsspektrum inklusive Gesundheitsförderung entwickelt haben.

Durch Gesundheitsförderung will beispielsweise das Sozialmedizinische Zentrum Liebenau nicht nur auf individuelle Faktoren (u. a. Gesundheitsbewusstsein, Gesundheitswissen, Lebensgewohnheiten) Einfluss nehmen, sondern auch auf das Angebot von Leistungen (u. a. soziale Dienste, Psychotherapie, Logopädie, Sozialarbeit) und die Umwelt (Wohnverhältnisse, Lärmbekämpfung, soziale Netzwerke) (Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau 2015). Wenngleich das Sozialmedizinische Zentrum Liebenau das wohl bekannteste Beispiel eines gesundheitsfördernden Gesundheitszentrums ist, gibt es auch andere Hausarztpraxen, die sich zu Gesundheitszentren weiterentwickelt haben. Im Rahmen der Fokusgruppe wurde das Beispiel eines Nahversorgungs- und Gesundheitszentrums genannt, das neben einem Lebensmittelgeschäft und einer Hausarztpraxis (mit Hausapotheke) auch weitere Angebote wie Ergotherapie, Psychotherapie und Massage beherbergt (Fokusgruppe, 5. 10. 2016).

Ein weiteres Handlungsfeld innerhalb der Gemeinde ist die **Funktion der Gemeindeärztin / des Gemeindefarztes**. Gemeindeärzte haben (Beispiel Niederösterreich) Aufgaben wie medizinische Sachverständige in Bauverfahren zu sein, schulärztliche Tätigkeiten oder Tauglichkeitsuntersuchungen für Feuerwehrmitglieder (NÖ Gemeindeärztegesetz 1977). Als Teil des öffentlichen Gesundheitswesens haben Gemeindeärztinnen/Gemeindeärzte eine beratende Funktion. Sie beraten den/die Bürgermeister/in beispielsweise in Fragen, die die Wasserversorgung betreffen (Hausbrunnen), oder bei Begehungen von Wohnungen von Menschen, die an einem „Vermüllungsyndrom“ leiden (Fokusgruppe, 5. 10. 2016).

Hausärztinnen und Hausärzte engagieren sich auch häufig im Rahmen der **Gesunden Gemeinde** (z. B. als Initiatoren und/oder Arbeitskreisleiter/in). Im Rahmen des Programmrahmens *Gesunde Gemeinde* wird ein breites Spektrum an Angeboten und Aktivitäten gefördert (FGÖ 2015). Das Spektrum von *Gesunde Gemeinde* (Fokusgruppe, 5. 10. 2016) reicht von bewegungsfördernden Angeboten (z. B. Wandern) über gesunde Ernährung (z. B. Gesunde Jause) bis hin zu Kabarettveranstaltungen, die sich positiv auf die psychische Gesundheit auswirken (Lachen). Inhalte von Vorträgen sind unter anderem (Kinder-)Erkrankungen und Impfaufklärung. Weitere Aktivitäten dienen dem Sammeln von Spendengeldern zur Unterstützung von gesundheitsfördernden Aktivitäten. Beispiele für derartige Aktionen sind ein Kuchentisch, ein Apfelkalender und ein Friedenslauf in der Adventszeit, deren Einnahmen für den Sozialfonds der Gemeinde oder das Budget der Gesunden Gemeinde verwendet werden.

Beispiele für Initiativen, die unter Beteiligung von Hausärztinnen/-ärzten im Rahmen der *Gesunden Gemeinde* entstanden sind, sind „gesunde Menüs“ in Gasthäusern (SpringerMedizin.at 2005) oder der „Disco-Bus“ (Fokusgruppe, 5. 10. 2016). Der „Disco-Bus“ ist eine Maßnahme, die Jugendlichen einen sicheren Diskobesuch ermöglicht und vermeidet, dass sie in alkoholisiertem Zustand Auto fahren. Mit dieser Intervention können nicht nur Leben gerettet werden, sondern durch

die Förderung von Unterhaltungsmöglichkeiten in der Region wird auch der Abwanderung junger Menschen entgegengewirkt.

Ein weiteres Beispiel eines gesundheitsfördernden Maßnahmenpakets in der Gemeinde, das von Hausärztinnen/–ärzten ausging, sind der Erhalt und die Revitalisierung einer sozial deprivierten Wohnsiedlung (schlechte Bausubstanz, Suchtprobleme). Hier gelang es in einem mehrjährigen Prozess, neue Wohnungen zu bauen und mit einem regelmäßigen Wochenend-Brunch den sozialen Austausch zu fördern. Unter Einbeziehung von Bürgerinnen und Bürgern wurden auch Radwege und der öffentliche Verkehr ausgebaut, ein Gemeinschaftsgarten errichtet und ein Bach zurückgebaut (Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau 2015).

Hausärztinnen/Hausärzte können in Zusammenhang mit Bauvorhaben auch an Gesundheitsfolgenabschätzungen beteiligt sein. Dokumentiert ist ein Beispiel einer **Gesundheitsfolgenabschätzung**, um ein Bauvorhaben für betreutes Wohnen möglichst gesundheitsförderlich zu gestalten. Hierzu wurden Interviews mit selbstständig lebenden älteren Menschen, mit Pflegeheimbewohnerinnen/–bewohnern und Pflegerinnen/Pflegern geführt. Das Ergebnis waren sehr konkrete Empfehlungen für das Bauvorhaben, die auch entsprechend angenommen wurden (Schobel 2011).

Auch **Maßnahmen zur Vernetzung** und zur Stärkung des (gesundheits–)politischen Engagements, beispielsweise durch das Etablieren von Gesundheitsförderungskonferenzen und das Initiieren einer regionalen Gesundheitsplattform, können von Hausärzten/–ärztinnen ausgehen: „Die Gesundheitsplattform Liebenau ist eine Initiative aktiver BürgerInnen des Bezirks, die sich zum Ziel gesetzt hat, gesundheitsrelevante Themen öffentlich zu diskutieren und gesundheitsförderliche, öffentlichkeitswirksame Aktionen im Sinne der Resolutionen der WHO zu ermöglichen. Dabei stützt sich die Gesundheitsplattform Liebenau auch auf das von der Stadt Graz angenommene Programm „Gesunde Städte“ des Regionalbüros Kopenhagen der WHO.“ (Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau 2015, 39)

Aus einem von der Gesundheitsplattform Liebenau initiierten „Naturspaziergang“ zur Bestandsaufnahme der Grünflächen im Bezirk entstanden in der Folge Bürgerinitiativen. Hausärztinnen und Hausärzte begleiteten den Empowerment-Prozess, indem Informationen aus der Initiative gebündelt an Bevölkerung, Politik und Medien weitergegeben wurden (Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau 2015, 39).

Fruchtbar ist auch die Zusammenarbeit von Hausärztinnen und Hausärzten mit **Selbsthilfegruppen**. Selbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen, die ein soziales oder gesundheitliche Problem teilen und gemeinsam durch den wechselseitigen Austausch von Erfahrungen lernen, mit dem Problem besser umzugehen. Das Naheverhältnis von Selbsthilfegruppen zur Gesundheitsförderung wurde in mehreren Arbeiten belegt (Forster/Rojatz 2011; Geene 2008; Rojatz/Forster 2015).

Die Zusammenarbeit von Hausärztinnen/–ärzten mit Selbsthilfegruppen kann sich indirekt gestalten, indem sie ihre Patientinnen/Patienten auf die Teilnahmemöglichkeit an einer Selbsthilfegruppe verweisen. Direkte Zusammenarbeit hingegen bedeutet einen Austausch zwischen regio-

naler Selbsthilfegruppe und Hausärztin/Hausarzt, der dem wechselseitigen Lernen dient. In Vorträgen können Ärztinnen/Ärzte ihr Fachwissen an die Teilnehmer/innen geben, die wiederum ihr Erfahrungswissen an die Ärztin/den Arzt weitergeben, um das professionelle Handeln dadurch zu erweitern. In Deutschland wurde das Modell „selbsthilfefreundliche Arztpraxis“ zur strukturierten Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen und Arztpraxen entwickelt: Arztpraxen, die bestimmte Kooperationskriterien erfüllen (u. a. Informieren über Selbsthilfegruppen, Benennen eines Ansprechpartners für Selbsthilfegruppen, Erfahrungsaustausch mit Selbsthilfegruppen) können sich um die Auszeichnung „Selbsthilfefreundliche Arztpraxis“ bewerben (Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen 2016).

2.1.2 Handlungsfelder Schule und Kindergarten

Gemeindeärzte haben in einigen Bundesländern, z. B. in Niederösterreich, auch die Funktion von Schulärzten/Schulärztinnen inne und sind für Untersuchungen in Kindergärten zuständig (NÖ Gemeindeärztegesetz 1977). Sie haben dadurch auch beratende Stimme im Schulausschuss.

Ein Praxisbeispiel eines Gemeindearztes wurde identifiziert, der eine Ergotherapeutin angestellt hat. Die Ergotherapeutin kommt einmal in der Woche in den Kindergarten der Gemeinde und berichtet dem Gemeindearzt von ihren Gesundheitsbeobachtungen (Fokusgruppe, 5. 10. 2016).

In einem anderen Fall wurden im Rahmen von *Gesunde Gemeinde* unter Beteiligung einer Hausärztin Geräte für den Kindergarten angeschafft, damit sich Kinder selbst Säfte zubereiten können. Initiiert wurden auch Schulungen für die Kindergartenpädagoginnen/-pädagogen, damit diese als Multiplikatorinnen/Multiplikatoren fungieren können (Fokusgruppe, 5. 10. 2016). Hausärztinnen und Hausärzte zählen zu den wichtigsten Kooperationspartnerinnen und -partnern bei Projekten zur Gesundheitsförderung im Kindergarten (Richter-Kornweitz/Altgeld 2011).

2.2 Lebensstilbezogenen Handlungsfelder

2.2.1 Interventionen

Lebensstilbezogene Interventionen zur Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis zielen auf eine Steigerung der individuellen Ressourcen sowie eine Stärkung der Gesundheitspotenziale der Patientinnen und Patienten ab (Prüfer et al. 2015). Schein (2012) zeigt für die Steiermark, dass 64 Prozent der befragten Hausärztinnen und -ärzte die Beratung als gesundheitsfördernde Maßnahme betrachten. Dafür bedarf es eines guten Gesprächs zwischen Hausarzt/Hausärztin und Patient/in, das nicht nur fachlichen (z. B. gesundheitsförderlichen) Inhalten, sondern auch dem Aufbau einer förderlichen Arzt-Patient-Beziehung dient. Es geht weniger darum, Symptome zu erfragen, als die belastenden sowie die gesundheitsförderlichen Faktoren für die Patientin / den Patienten: „What matters to the patients?“ statt „What’s the matter with the patient?“ (Silverman 2016).

Eine gute Gesprächsqualität hat Auswirkungen auf den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten, die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sowie auf die Patientensicherheit (Sator et al. 2015a).

Mit Hilfe von sprachlich-interaktiven Handlungen werden im Rahmen eines bestimmten Gesprächssettings Inhalte ausgetauscht und Arzt-Patient-Beziehungen aufgebaut. Es lassen sich somit vier zentrale Ebenen für eine gute Gesprächsqualität ausmachen (Sator et al. 2015b):

- » Fachinhaltliche Ebene: Inhalte, die der Arzt / die Ärztin dem/der Erkrankten im Behandlungskontext mitteilen oder von der/dem Erkrankten erheben
- » Psychosoziale Ebene: Haltungen und Einstellungen, die Ärzte/Ärztinnen im Gespräch mit Patienten/Patientinnen einnehmen
- » Sprachlich-interaktive Ebene: verbale/nonverbale Mittel/Verfahren zum Austausch fachlicher Inhalte sowie zum Transport von Haltungen und Einstellungen (z. B. Gestaltung einzelner Gesprächsphasen wie Gesprächseröffnung, Informationssammlung, Informationsvermittlung, körperliche Untersuchung, Entscheidungsfindung und Planung, Gesprächsabschluss), einzelne sprachliche Handlungen (wie Orientierung geben, Art der Frageformulierung, Metaphern-Verwendung, Eingehen auf Hinweise/Anliegen der Patienten/Patientinnen)
- » Ebene des Gesprächssettings: räumliche, zeitliche und technische Gestaltung des Gesprächs

Folgende lebensstilbezogene Interventionen zur Gesundheitsförderung (sowohl einzeln als auch gebündelt) können angewandt werden:

- » **Gesundheitsberatung** (engl. counselling, advice, assistance):
Die Gesundheitsberatung zählt zu den Aufgaben der Prävention. Ziel ist es, gemeinsam mit dem Patienten / der Patientin einen Lösungsweg zu finden, um den Gesundheitszustand zu verbessern bzw. gesundheitsrelevantes Risikoverhalten zu verändern. Dabei informiert, motiviert und begleitet der Arzt / die Ärztin den Patienten / die Patientin. Gesundheitsberatung dauert rund 5 bis 10 Minuten und wird in Settings und Situationen für unterschiedliche Problem- bzw. Handlungsfelder eingesetzt, wenn nur begrenzte Zeitressourcen zu Verfügung stehen. Oftmals wird die Gesundheitsberatung beim Hausarzt / bei der Hausärztin unabhängig vom eigentlichen Beratungsanlass bzw. Krankheitsfall angewandt (Kochen 2012). Beispielsweise informiert der Hausarzt / die Hausärztin allgemein über risikoreichen Alkoholkonsum, erhebt das Alkohol-Trinkverhalten des Patienten / der Patientin, bietet Unterstützung zur Reduktion von risikoreichem Alkoholkonsum an, oftmals unter Aushändigung von Informationsmaterialien (Heather 2012).
- » **Motivierende Gesprächsführung** (engl. motivational interviewing, MI):
Ein kollaborativer Beratungsansatz, um die Eigenmotivation von Menschen zu wecken, so dass sie im Interesse ihrer Gesundheit ihr Verhalten ändern. Dabei soll die Motivation bei den Patienten/Patientinnen durch Explorieren sowie Auflösen von Ambivalenz erreicht werden. Wesentlich ist, dass die Autonomie des Patienten / der Patientin durch den Arzt / die Ärztin anerkannt und respektiert wird. Die vier Grundprinzipien der motivierenden Gesprächsführung werden durch das Acronym RULE beschrieben: *Resist* (Widerstehe dem Reflex, den Patienten / die Patientin zu korrigieren), *Understand* (Verstehe die Motivation des

Patienten / der Patientin), *Listen* (Höre dem Patienten / der Patientin gut zu) und *Empower* (Befähige den Patienten/die Patientin). Im Praxisalltag werden die zentralen MI-Fertigkeiten (Fragen, Zuhören, Informieren) auf bestimmte Art und mit dem Ziel, eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens herbeizuführen, eingesetzt (Rollnick et al. 2012). Ursprünglich wurde motivierende Gesprächsführung für die Beratung von Menschen mit Suchtproblemen entwickelt, sie kann jedoch für verschiedenste Problem- bzw. Handlungsfelder eingesetzt werden. Das Führen eines motivierenden Gesprächs dauert rund 20 bis 40 Minuten (Einzelsitzung), umfasst meist mehrere Konsultationen und bedarf eines Settings, wo ausreichende Zeitrressourcen sowie ausgebildetes Fachpersonal zur Verfügung stehen (Heather 2012).¹ Motivierende Gesprächsführung ist darüber hinaus aber auch eine Methode der Gesprächsführung, die im Rahmen der unterschiedlichen hier angeführten Interventionen (wie z. B. der Gesundheitsberatung) angewendet werden kann.

- » **Gesundheitsbildung/Gesundheitserziehung** (engl. health/patient education)
Gesundheitsbildung bzw. -erziehung umfasst bewusst gestaltete Kommunikationsangebote und geht dabei über die reine Informationsverbreitung sowie Wissensvermittlung über Gesundheitsthemen hinaus. Ziel ist die Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Individuen und Gemeinschaften zur Stärkung eines selbstbestimmten gesundheitsfördernden Verhaltens (FGÖ 2005). Gesundheitsbildung/Gesundheitserziehung findet u. a. im Rahmen von Vorträgen, Seminaren oder entsprechenden Kursen statt (Maderuelo-Fernandez et al. 2014). Der Hausarzt / die Hausärztin kann beispielsweise den Patienten / die Patientin an entsprechende Angebote in der Gemeinde weiterleiten (Bazian Ltd. for NICE 2012; Denison et al. 2014; Orrow et al. 2012).
- » **Gesundheitsrisikoeinschätzung/-abschätzung** (engl. health risk appraisal / risk estimation)
Im Rahmen des Arzt-Patient-Gesprächs (z. B. bei Durchführung einer Gesundheitsberatung) wird das individuelle Gesundheitsrisiko eingeschätzt. Dazu erfasst der Hausarzt / die Hausärztin Vorerkrankungen, bestehende Erkrankungen in der Familie, Laborwerte und führt erste klinische Untersuchungen durch. Hierfür können unterschiedliche Messinstrumente bzw. Fragebögen Anwendung finden (Kochen 2012).
- » **Informationsansatz:** Weitergabe von diversen Informationen und Materialien (z. B. in Form von Broschüren).
- » **Kurzintervention** (engl. brief intervention):
Alle oben genannten Interventionen können nicht nur eigenständig durchgeführt werden, sondern auch als Kurzinterventionen im Rahmen von routinemäßigen Arztbesuchen des Patienten / der Patientin. Sie werden als im Umfang verkürzte bzw. schnell umzusetzende Interventionen für verschiedene Problem- bzw. Handlungsfelder im Hausarzt-Setting bzw. in spezialisierten Einrichtungen (z. B. Suchtzentren) bei Bedarf angewandt, um eine Verhaltens-

1

Weiterführende Informationen finden sich beispielsweise unter Rollnick et al. 2012 (Motivierende Gesprächsführung in den Heilberufen. Core-Skills für Helfer) bzw. Miller, W.R. und Rollnick, S. (2015). Motivierende Gesprächsführung. 3. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus

änderung bei einem Patienten / einer Patientin herbeizuführen. Die Literatur nennt insbesondere **Gespräche, kurze strukturierte Gesundheitsberatung** (engl. brief structured advice), **kurze motivierende Gesprächsführung** (brief motivational interviewing), **Feedback- und Monitoring-Aktivitäten** sowie Aushändigen von **Informationsmaterial** als Beispiele für Kurzinterventionen (Bazian Ltd. for NICE 2012; Heather 2012). Das Ziel von Kurzinterventionen ist es, eine Begleitung und ggf. unterstützende Behandlung zur Verfügung zu stellen, sodass der/die Patient/in motiviert wird, das jeweilige Risikoverhalten zu verringern. Das Angebot unterscheidet sich dabei nach Phase des Risikoverhaltens und der Veränderungsbereitschaft des Patienten / der Patientin (Alter und Sucht o. J.).

Viele chronische Erkrankungen werden durch einen ungesunden Lebensstil mit ausgelöst. Aus Sicht der Gesundheitsförderung kann ein gesunder **Lebensstil** wie regelmäßige Bewegung und gesunde Ernährung eine wichtige Ressource sein, die vor möglichen Erkrankungen schützt und für ein positives Lebensgefühl sorgt. Gleichzeitig ist nicht jede Maßnahme zur Förderung eines gesunden Lebensstils automatisch gesundheitsfördernd. Wie in Punkt 1.3 erläutert, setzt Gesundheitsförderung Empowerment voraus, ein rein verhaltensorientierter Ansatz kann im schlimmsten Fall die Chancenungleichheit erhöhen oder zu einer Stigmatisierung. Die folgenden Ausführungen über lebensstilbezogene Maßnahmen stellen somit nicht automatisch Gesundheitsförderung dar, sondern müssen über den edukativen Ansatz hinaus „ermächtigend“ wirken oder die Verhältnisse (z. B. Angehörige) miteinbeziehen.

Durch die systematische **Literatursuche** wurde nur eine Übersichtsarbeit identifiziert, die die Effektivität von gesundheitsförderlichen Maßnahmen in der Primärversorgung zu kombinierten Gesundheitsproblemen bei Erwachsenen sowie bei Frauen nach einer Schwangerschaft untersucht (Bazian Ltd. for NICE 2012). Durch kombinierte Ernährungs- und Bewegungsmaßnahmen kann das Fortschreiten von Diabetes bei Personen mit einer beeinträchtigten Glukose-Toleranz reduziert werden. Entsprechende Maßnahmen zur Verhaltensänderung sind besonders dann effektiv, wenn verschiedene Interventionsansätze kombiniert werden (z. B. schriftliche Informationen mit persönlicher Beratung), die Selbstbeobachtung gefördert wird (z. B. Protokollieren von körperlicher Bewegung, Ernährung, Gewichtsveränderung), das Ausmaß des körperlichen Aktivitätslevels schrittweise erhöht wird, Unterstützung durch direkte Supervision angeboten wird, regelmäßig Ziele gesetzt werden, soziale Unterstützung angeboten wird, selbstregulierende Verhaltensänderungstechniken (z. B. Zielsetzung, Selbstkontrolle) umgesetzt werden und motivierende Gesprächsführung sowie kurze Gesundheitsberatung (im Zuge der Zielsetzungen, Zeitplanungstechniken) angewandt werden. Bei Frauen nach einer Schwangerschaft zeigen kombinierte Ernährungs- und Bewegungsmaßnahmen positive Effekte hinsichtlich Gewichtsreduktion. Integrierte Programme sind dabei effektiver als Informationsvermittlung allein. (Detaillierte Informationen zu dieser Studie findet sich im Anhang 1, Tabelle 7.7.7).

In den folgenden Unterkapiteln werden Maßnahmen zu **den Themen Alkohol, Rauchen, mentale Gesundheit, körperliche Aktivität, Ernährung und riskantes Sexualverhalten** beschrieben. Zu diesen Themen wurde Literatur identifiziert, diese spiegelt den derzeitigen Forschungsstand bezüglich der Messung der Effektivität einzelner, abgegrenzter Maßnahmen wieder. Die Praxis der Ge-

sundheitsförderung besteht jedoch häufig aus **kombinierten Angeboten**. Beispielsweise sind kombinierte Ernährungs- und Bewegungsmaßnahmen effektiver als Einzelmaßnahmen (Bazian Ltd. for NICE 2012).

2.2.2 Alkoholkonsum

Ausgangssituation

14 Prozent der Österreicher/innen konsumieren Alkohol in gesundheitsgefährdendem Ausmaß. Alkohol ist damit die am häufigsten konsumierte psychoaktive Substanz in Österreich (Strizek/Uhl 2016). Der regelmäßige Kontakt zur Hausärztin / zum Hausarzt ermöglicht ein frühes Erkennen eines gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsums und die Arzt-Patienten-Beziehung bietet einen guten Ausgangspunkt dafür, das Thema anzusprechen und zu beraten (Loeb et al. 2014).

Good Practice

In der Schweiz und in Deutschland wurden Leitfäden erarbeitet, wie wertschätzende Kurzinterventionen (Diagnose, ein Motivationsgespräch und eine Kurzintervention) durch Hausärztinnen/Hausärzte durchgeführt werden können (BZgA 2009; Loeb et al. 2014). Das Identifizieren von problematischem Alkoholkonsum bzw. Alkoholabhängigkeit ist als Intervention im Rahmen der österreichischen Vorsorgeuntersuchung definiert und wird durch einen Alkoholfragebogen unterstützt (HVSVT 2016).

In Schweden wurden im Rahmen des nationalen *Risk Drinking Projekts* (landesweite Implementierung von 2004 bis 2010) unterschiedliche gesundheitsförderliche sowie präventive Maßnahmen zur Reduktion von schädlichem Alkoholkonsum im Bereich der Primärversorgung, der Arbeitsmedizin sowie der Schwangerenversorgung umgesetzt (z. B. Kurzinterventionen). Evaluierungen zeigen, dass 13 Prozent der Gesamtbevölkerung eine Kurzintervention zu Alkoholkonsum beim Besuch eines Gesundheitsdienstleisters (Hausarzt/Hausärztin bzw. Arbeitsmediziner/Arbeitsmedizinerin) erhalten haben. Bei 12 Prozent dieser Personen konnte nach einer Kurzintervention (Dauer bis max. 10 Minuten) ein reduzierter Alkoholkonsum festgestellt werden (Heather 2012; Nilsen et al. 2011).

Studienevidenz

Durch die systematische **Literatursuche** konnten drei umfangreiche, qualitativ hochwertige systematische Übersichtsarbeiten (Bazian Ltd. for NICE 2012; Jackson 2014; Morton et al. 2014) sowie eine eingeschränkt übertragbare Übersichtsarbeit (Clossick/Woodward 2014) identifiziert werden, die die Effektivität von unterschiedlichen Verhaltensinterventionen für Erwachsene und Jugendliche im Setting der Primärversorgung für das lebensstilbezogene Handlungsfeld Alkohol untersuchen. Detaillierte Informationen zu den Studienergebnissen finden sich in Anhang 1, Tabelle 7.7.1.

Für die Zielgruppe der erwachsenen Problemtrinker/innen zeigen zwei umfangreiche, qualitativ hochwertige Übersichtsarbeiten, dass **kurze Verhaltensberatung, Kurzinterventionen** (soziale Un-

terstützung, Feedback und Monitoring, Informationen über gesundheitliche/emotionale Konsequenzen) sowie **erweiterte Kurzinterventionen** effektiv hinsichtlich der Verringerung des Alkoholkonsums sind.

Zusätzlich zeigt die Evidenz für Kurzinterventionen positive Effekte auf die Endpunkte Mortalität, Morbidität, alkoholassoziierte Erkrankungen, soziale alkoholassoziierte Konsequenzen sowie Ressourcennutzung im Gesundheitswesen (Bazian Ltd. for NICE 2012; Jackson 2014).

Die dritte rezente systematische Übersichtsarbeit berichtet nur teilweise positive Effekte der **motivierenden Gesprächsführung** hinsichtlich Alkoholkonsum bei Erwachsenen. Die Autoren kommen trotzdem zu dem Schluss, dass motivierende Gesprächsführung (bzw. Teilkomponenten davon) eine effektive Intervention im Setting Primärversorgung ist, um Verhaltensänderungen in Bezug auf den riskanten Alkoholkonsum zu initiieren (Morton et al. 2014).

Eine Übersichtsarbeit fasst unterschiedliche Verhaltensmaßnahmen, wie Kurzintervention, verlängerte Kurzintervention, Gesundheits- bzw. Verhaltensberatung in der Gruppe und individuell, Beratungsanrufe, Aushändigung von Informationsmaterialien als „Kurzinterventionen“ zusammen und bewertet diese nicht separat voneinander. Zusammengefasst zeigen sich dabei keine deutlichen Vorteile dieser Kurzinterventionen im Vergleich zu Alkoholscreening oder minimaler Beratung. Die Übertragbarkeit der Studienergebnisse ist aufgrund der Zusammenfassung und Nicht-Berücksichtigung der Besonderheiten einzelner Maßnahmen sehr eingeschränkt (Clossick/Woodward 2014).

Hinsichtlich Kurzinterventionen für junge Leute (bis 25 Jahre), Hausbesuchen für Problemtrinkerinnen und Interventionen für alkoholisierte Autofahrer/innen ist die Evidenz zu dürftig, um Aussagen zur Effektivität machen zu können (Bazian Ltd. for NICE 2012; Jackson 2014).

2.2.3 Rauchen

Ausgangssituation

Ungefähr ein Viertel der Österreicher/innen rauchen (Strizek/Uhl 2016), was mit einer hohen Anzahl an Erkrankungen einhergeht.

Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung wird das Beenden des Tabakkonsums als Teilziel definiert, das mit Hilfe von Erhebung der Rauchgewohnheit und Beratung zur Tabakentwöhnung erreicht werden soll (HVSVT 2016). Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung ist für die Patientin / den Patienten ein erstes Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt kostenfrei, wobei meist an das Service *Rauchertelefon* vermittelt wird (Gesundheit.gv.at 2014). Zahlreiche niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte haben eine Zusatzqualifikation zur Rauchentwöhnung (Gesundheit.gv.at 2014).

Good Practice

Hausärztinnen und Hausärzte können – neben dem Weitergeben von Informationen – zur Bewusstseinsbildung beitragen. In einem FGÖ-geförderten Projekt „Rauchfrei in Vorarlberg“ wurde ein Leitfaden für eine motivierende Gesprächsführung zur Raucherentwöhnung entwickelt und eingesetzt (FGÖ 2016).

In der Schweiz wurde das nationale Rauchstopp-Programm implementiert mit dem Ziel, die Anzahl der Raucher/innen, die den Tabakkonsum aufgeben, zu erhöhen. Durch diverse Weiterbildungsangebote und Unterstützungsleistungen werden unterschiedliche Fachleute aus den Gesundheitsberufen sowie entsprechenden Fach- und Berufsorganisationen zur Raucherberatung motiviert und befähigt. Die Projektkoordinatoren nennen eine Erfolgsrate bei spontanen Ausstiegsversuchen von 0,5 bis 3 Prozent. Wird durch eine Ärztin / einen Arzt eine kurze Entwöhnungsberatung (Kurzintervention) durchgeführt, können Abstinenzraten von 5 bis 10 Prozent erreicht werden, die durch den Einsatz nikotinhaltiger Medikamente weiter erhöht werden können (Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz 2016).

Studienevidenz

Hinsichtlich internationaler Evidenz konnten drei umfangreiche, qualitativ hochwertige systematische Übersichtsarbeiten (Bazian Ltd. for NICE 2012; Lindson-Hawley et al. 2015; Rice et al. 2013) identifiziert werden, die die Wirksamkeit von unterschiedlichen, patientenzentrierten Verhaltensmaßnahmen durch den Hausarzt / die Hausärztin bzw. durch das Krankenpflegepersonal in Hinblick auf Raucherentwöhnung untersuchen. Die Evidenztabelle mit detaillierten Informationen zu den Studien findet sich im Anhang 1, Tabelle 7.7.2.

Die Studien zeigen, dass verschiedene **Kurzinterventionen** (z. B. einfache, opportunistische Beratung, Angebot einer verhaltensorientierten Unterstützung, Weiterleitung an intensiviertere Unterstützungsleistungen/Services), individuelle **Verhaltensberatung**, Verhaltensberatung in der Gruppe, proaktive **Raucher-Beratungsservices** per Telefon sowie **motivierende Gesprächsführung** durchwegs **positive Effekte hinsichtlich der Raucherentwöhnung** bei erwachsenen Raucherinnen und Rauchern erzielen (Bazian Ltd. for NICE 2012).

Im Direktvergleich ist das Aushändigen von **Informationsmaterialien zur Selbsthilfe** im Vergleich zu anderen gesundheitsförderlichen Maßnahmen weniger effektiv, um eine Raucherentwöhnung zu erzielen. Werden Informationsmaterialien zur Selbsthilfe zusätzlich zu einer persönlichen Gesundheitsberatung oder einer Nikotin-Ersatztherapie ausgehändigt, wird dadurch kein zusätzlicher Nutzen erzielt (Bazian Ltd. for NICE 2012).

Motivierende Gesprächsführung zeigte in einer Übersichtsarbeit (Bazian Ltd. for NICE 2012) unklare Effekte hinsichtlich Raucherentwöhnung. In einer neueren Übersichtsarbeit (Lindson-Hawley et al. 2015) zeigen sich für motivierende Gesprächsführung im Direktvergleich zu einer kurzen Gesundheitsberatung oder zur üblichen Gesundheitsversorgung schwache Vorteile und Effekte in Bezug auf die Raucherentwöhnung. **Wird motivierende Gesprächsführung durch einen/eine Allgemeinmediziner/in im Setting einer Hausarztpraxis durchgeführt, zeigen sich höhere Erfolgsraten.**

Eine kürzere Dauer der motivierenden Gesprächsführung (weniger als 20 Minuten) ist effektiver als längere Sitzungen. Hinsichtlich der optimalen Anzahl an Sitzungen und Folgesitzungen liefert die Evidenz unklare Ergebnisse (Lindson-Hawley et al. 2015).

Wird **Gesundheitsberatung** zur Rauchentwöhnung von Krankenpflegepersonal durchgeführt, ist der positive Effekt geringer, wenn die durchführenden Personen nicht auf Gesundheitsförderung oder Rauchentwöhnung spezialisiert sind (Rice et al. 2013).

2.2.4 Psychosoziale Gesundheit, Depression

Ausgangssituation

„Anzeichen dafür, dass die Psyche zu kurz kommt, können vielfältig sein und reichen von einem Gefühl der Leere, Einsamkeit und innerer Unruhe bis hin zu Erschöpfung, Müdigkeit, sozialer Isolation, Antriebslosigkeit und Entscheidungsschwäche“ (Schmidt-Leitner o. J.).

Schwere psychische Belastungen und auch chronische Erkrankungen können zu Depressionen führen, von denen acht Prozent der über 15-Jährigen Österreicher/innen (laut Selbstangabe) innerhalb der letzten zwölf Monate betroffen waren, wobei der Anteil mit steigendem Alter zunimmt (Klimont/Baldaszi 2015). „Die Behandlung von Patienten mit depressiven Symptomen ist eine der wichtigsten psychiatrischen Aufgaben des Hausarztes“ (Sielk et al. 2009, 33). Hausärztinnen/-ärzte haben durch das meist langjährige Betreuungsverhältnis auch Einblicke in den Lebensverlauf und das Umfeld der Betroffenen, so dass ihre Einschätzung, ob eine Depression vorliegt, insgesamt treffsicherer ist als der Einsatz von punktuellen Screenings (Torge et al. 2010).

Auch in der Suizidprävention kommt dem Setting Hausarztpraxis besondere Bedeutung zu, da etwa drei Viertel der Patientinnen/Patienten innerhalb eines Monats vor dem Suizidversuch die Hausarztpraxis aufsuchen (Torge et al. 2010). Beispielsweise gibt es Modelle, nach denen Arzthelfer/innen in Vereinbarung mit dem Patienten / der Patientin regelmäßig anrufen, mittels Fragebogen Suizidabsichten exploriert und gegebenenfalls die Hausärztin / den Hausarzt alarmieren, um weitere Schritte einzuleiten. Allerdings können sich Patientinnen/Patienten dadurch bedrängt fühlen und die Hausärztin / den Hausarzt in einem falschen Gefühl von Sicherheit wiegen (Gensichen et al. 2010; Torge et al. 2010).

Good Practice

Im „Präventionsprojekt Wiener Hausärzte“ wurden Hausärztinnen und -ärzte mit Vorträgen, Qualitätszirkeln und Bezirksarztveranstaltungen für das Thema Suizid sensibilisiert mit dem Ziel, sie zu Gatekeepern zu machen. In weiterer Folge wurde eine Broschüre zur Auflage in Hausarztpraxen erstellt (Verein Kriseninterventionszentrum Wien: Tätigkeitsbericht 2015).

Bei älteren Patientinnen und Patienten ist Vereinsamung ein wichtiges Thema. Hier kann die Hausarztpraxis Angebote zur Vernetzung vermitteln, z. B. Besuchsdienste (Freisleben-Teutscher 2009; Kessler/Steinmann 2015).

Studienevidenz

Zur **Förderung der psychosozialen Gesundheit** von Eltern verhaltensauffälliger Kinder sowie von älteren Personen mit Einschränkungen konnte eine qualitativ hochwertige systematische Übersichtsarbeit (Fernandez et al. 2015) identifiziert werden. Die Studienautoren schlussfolgern, dass bislang nicht genügend Evidenz hinsichtlich der Effektivität von Maßnahmen zur Förderung der mentalen Gesundheit in der Primärversorgung vorliegt (Fernandez et al. 2015).

Hinsichtlich der Verbesserung des Umgangs mit **Depressionen** in der Primärversorgung durch organisatorische und pädagogische Maßnahmen liegt eine qualitativ hochwertige systematische Übersichtsarbeit vor, die jedoch bereits im Jahr 2003 publiziert wurde. Es zeigte sich, dass die komplexen Maßnahmen integrierte klinische Ausbildung, Rollenstärkung der Krankenpflegerinnen, bessere Integration und Zusammenarbeit zwischen Primär- und Sekundärversorgung sowie telefonische Medikamentenberatung (durchgeführt von Krankenpflege oder geschultem Personal) die patientenrelevanten Endpunkte verbesserten. Die Implementierung von Leitlinien sowie pädagogische Strategien zeigten keine Effekte (Gilbody et al. 2003) (vgl. Anhang 1, Tabelle 7.7.3).

2.2.5 Körperliche Aktivität/Bewegung

Ausgangssituation

Körperliche Aktivität und Bewegung kann bewiesenermaßen zahlreichen körperlichen Erkrankungen vorbeugen und hat auch positive Auswirkungen auf die psychosoziale Gesundheit. Erhebungen zeigen jedoch, dass lediglich die Hälfte der österreichischen Bevölkerung die WHO-Bewegungsempfehlungen erfüllt (Klimont/Baldaszi 2015).

Good Practice

Im Rahmen eines Schweizer Projektes zu Gesundheitsförderung im Alter (Kessler/Steinmann 2015) wurde auf die besondere Bedeutung der Hausärztin / des Hausarztes hingewiesen. Handlungsmöglichkeiten wurden erarbeitet. So kann der Hausarzt / die Hausärztin mit gezielten Fragen (siehe Tabelle 2.1) die Patientin / den Patienten auf dem Weg zu mehr Bewegung unterstützen und auch ein „Bewegungsrezept“ erstellen. Es wird jedoch betont, dass ein einmaliges Gespräch nicht ausreicht und im Rahmen von Routineuntersuchungen eine regelmäßige Nachfrage notwendig ist (Kessler/Steinmann 2015).

Tabelle 2.1:
Beispiel für ein ärztliches Beratungsgespräch

Wie kann eine ältere inaktive Person dazu motiviert werden, eine spezifische angepasste Bewegung aufzunehmen?
Was könnte Sie dazu motivieren, dass Sie eine Steigerung Ihrer Bewegung in Betracht ziehen?
Worin könnten Ihrer Meinung nach drei Vorteile einer Steigerung Ihrer gewöhnlichen Bewegung bestehen?
Worin könnten Ihrer Meinung nach drei Vorteile einer Steigerung Ihrer gewöhnlichen Bewegung bestehen?
In welchem Masse [sic], auf einer Skala von 0 bis 10, könnte diese Veränderung Ihrer Meinung nach für Sie wichtig/von Nutzen sein?
Warum eher bei (= X) auf der Skala als beispielsweise bei (= X-2)
Wenn Sie sich entschliessen [sic] würden, Ihre Bewegung zu steigern: Was könnte Ihnen dabei helfen, dieses Ziel zu erreichen?

Quelle: Büla et al. (2014), Darstellung; GÖG

Kurzinterventionen durch Hausärztinnen und Hausärzte sind auch das Mittel der Wahl im Rahmen des Projektes „Bewegungsliteracy – Primary Care“ in der Steiermark (Gesundheitsfonds Steiermark 2015). Im Rahmen dessen sollen Hausärztinnen/–ärzte u. a. mit motivierender Gesprächsführung Personen mit mangelnder Bewegungsmangel identifizieren und zu mehr Bewegung motivieren. Hierzu verweisen Ärztinnen/Ärzte an ortsnahe Bewegungsangebote.

Studienevidenz

Durch die **systematische Literatursuche** wurden fünf umfangreiche, qualitativ hochwertige systematische Übersichtsarbeiten sowie eine eingeschränkt übertragbare Übersichtsarbeit identifiziert, die die Effektivität von unterschiedlichen gesundheitsförderlichen Maßnahmen durch Hausarzt/Hausärztin zur Erhöhung der körperlichen Aktivität bei Erwachsenen und älteren Personen untersuchen. Die Evidenztabellen zu den Studien finden sich im Anhang 1, Tabelle 7.7.4.

Dass Allgemeinmediziner/innen **zu organisierten Bewegungsmaßnahmen** (z. B. Sport- oder Freizeitvereinen in der Gemeinde) zur Erhöhung der körperlichen Aktivität weiterleiten, wurde in drei Übersichtsarbeiten untersucht und zeigt keine (Orrow et al. 2012) bzw. nur vereinzelt schwache, kurzfristige Verbesserungen (Denison et al. 2014; Pavey et al. 2011).

Motivierende Gesprächsführung zeigt in einigen Studien positive Effekte hinsichtlich körperlicher Bewegung, andere Studien bestätigen dies jedoch nicht (Bazian Ltd. for NICE 2012; Morton et al. 2014; Orrow et al. 2012). Die Studienautoren schlussfolgern, dass motivierende Gesprächsführung (bzw. Teilkomponenten) eine effektive Maßnahme im Setting Primärversorgung sein könnte, um Verhaltensänderungen in Bezug auf körperlicher Bewegung zu initiieren. Anzumerken ist jedoch, dass teilweise unzureichende Angaben sowie Variationen in und zwischen den Studien hinsichtlich der angewandten Techniken der motivierenden Gesprächsführung vorliegen bzw. motivierende Gesprächsführung neben weiteren Interventionen angewandt wurde (Morton et al. 2014).

Durch diverse zusammen angewandte **Kurzinterventionen** (kurze Gesundheitsberatung sowie in Kombination mit motivierender Gesprächsführung, Folgeanrufe durch Spezialisten, Aushändigung

von Bewegungsplänen) konnte die körperliche Aktivität bei Personen mittleren Alters sowie bei älteren Populationen in einigen Studien kurz-, mittel und langfristig verbessert werden (Bazian Ltd. for NICE 2012).

Bewegungsempfehlungen zeigen kurzfristige Verbesserungen der körperlichen Aktivität, die sich jedoch langfristig nicht bestätigen lassen (Bazian Ltd. for NICE 2012).

Hinsichtlich der Effekte von **Gesundheitsberatung** zur Erhöhung der körperlichen Aktivität liegen unklare sowie widersprüchliche Studienergebnisse vor (Bazian Ltd. for NICE 2012; Hinrichs/Brach 2012; Orrow et al. 2012).

2.2.6 Gesunde Ernährung

Ausgangssituation

Übergewicht bzw. Adipositas gehören zu den häufigsten Erkrankungen: Rund 3,4 Mio. Österreicher/innen sind davon betroffen (Klimont/Baldaszi 2015). Gesunde Ernährung hat einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit, ungesunde Ernährung kann zu zahlreichen Erkrankungen führen. Für die Hausarztpraxis ebenfalls wichtig ist das Thema Unterernährung, das insbesondere bei älteren Menschen häufig auftritt.

Good Practice

Zur Vermeidung von Mangelernährung wird den Hausärzten/Hausärztinnen empfohlen, die Patientinnen/Patienten auf die Wichtigkeit einer angenehmen Essumgebung hinzuweisen (Essen am Tisch, gemeinsam mit anderen, ruhige und entspannte Atmosphäre etc.) (Kessler/Steinmann 2015).

Viele Hausarztpraxen bieten bereits Ernährungsberatung an. Zusätzlich kann eine Vitalstoff-Analyse den individuellen Bedarf bestimmen und die Patientinnen/Patienten so zu einem gesunden Lebensstil befähigen. Manche Ärztinnen/Ärzte begleiten ihre Patientinnen/Patienten auch in der Umsetzung von (kommerziellen) Ernährungsprogrammen. Eine Möglichkeit von Hausarztpraxen, auf die Bedeutung gesunder Ernährung hinzuweisen, sind an die Patientinnen/Patienten verschickte Newsletter (Rauscha 2016).

Studienevidenz

Die **systematische Literatursuche** identifizierte eine umfangreiche, qualitativ hochwertige systematische Übersichtsarbeit (Bazian Ltd. for NICE 2012) sowie zwei rezente systematische Übersichtsarbeiten (Maderuelo-Fernandez et al. 2014; Morton et al. 2014), die die Effektivität von unterschiedlichen gesundheitsförderlichen Maßnahmen der Hausarztpraxis zu ernährungsbezogenen Verhaltensänderungen bei Erwachsenen sowie Schwangeren untersuchen. Detaillierte Informationen zu den Studien finden sich im Anhang 1, Tabelle 7.7.5.

Durch **ernährungsbezogene Gesundheitsbildung/Gesundheitserziehung sowie Gesundheitsberatung** von Erwachsenen in der Primärversorgung können deren Essgewohnheiten – zumindest kurzfristig – verbessert werden (Erhöhung der Aufnahme von Ballaststoffen, Früchten, Gemüse, Reduktion der Fettaufnahme). Untersuchungen zu langfristigen Verhaltensänderungen fehlen (Bazian Ltd. for NICE 2012; Maderuelo–Fernandez et al. 2014). Für die Zielgruppe Schwangere zeigt die Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit von Gesundheitsbildung/Gesundheitserziehung und Gesundheitsberatung unklare Ergebnisse: Programme zur Gewichtsreduktion nach der Geburt zeigen positive Effekte, wenn Ernährungs- und Bewegungsmaßnahmen kombiniert werden, Strategien zur Verhaltensänderungen inkludiert werden, Maßnahmen an individuelle/gruppenspezifische Anforderungen angepasst werden, nachhaltige, weiterführende Unterstützung angeboten wird, Ansprechpersonen verfügbar sind und das Programm über einen ausreichend langen Zeitraum läuft, um Veränderungen umzusetzen (Bazian Ltd. for NICE 2012).

Motivierende Gesprächsführung zeigt nur vereinzelt positive Effekte hinsichtlich ernährungsbezogener Verhaltensänderung bei Erwachsenen, großteils können diese Effekte nicht bestätigt werden. Die Evidenzlage hierzu ist unklar (Morton et al. 2014).

Eine Kosten–Effektivitätsstudie (Tsai et al. 2013) kommt zum Schluss, dass ein regelmäßiger Kontakt zum Hausarzt / zur Hausärztin bereits ohne zusätzliche strukturierte Intervention (z. B. Gesundheitsberatung) einen positiven Effekt auf den Gewichtsverlust von Menschen mit Übergewicht hat. Die Autoren kommen zum Ergebnis, dass alle drei untersuchten Maßnahmen im Setting Hausarztpraxis kosteneffektiv sind in Bezug auf das verlorene Gewicht, nicht jedoch in Bezug auf QALYs².

2.2.7 Riskantes Sexualverhalten, sexuelle Erkrankungen

Riskantes Sexualverhalten und sexuelle Erkrankungen zählen nicht zu den häufigsten Problemen, mit denen Hausärztinnen und Hausärzte konfrontiert sind. Bei einer guten Vertrauensbasis kann das Thema im Rahmen eines Arzt–Patienten–Gesprächs (insbesondere mit jungen Menschen) thematisiert werden, z. B. im Rahmen der Verschreibung von Verhütungsmitteln oder einer Überweisung an Fachärztinnen/–ärzte für Urologie bzw. Gynäkologie.

Die systematische **Literatursuche** konnte nur eine Übersichtsarbeit identifizieren, die die Effektivität von gesundheitsförderlichen Maßnahmen in der Primärversorgung zu riskantem Sexualverhalten sowie sexuellen Erkrankungen bei Erwachsenen sowie Jugendlichen untersucht (Bazian Ltd. for NICE 2012). Die Evidenzlage ist als schlecht einzustufen und eine Studie zeigt weiterer Forschungsbedarf auf. Die Ergebnisse zeigen, dass durch eine **Gesundheitsberatung** von Jugendlichen

2

Qualitätsbereinigtes Lebensjahr (Quality Adjusted Life–Year). Kennzahl für die Bewertung eines Lebensjahres in Relation zur Gesundheit. Bewertet wird die Lebensqualität auf einer Skala von 0 bis 1 (0 = Tod; 1 = bestmöglicher Gesundheitszustand) (Fröschl et al. 2012).

unter 18 Jahren ungewollte Schwangerschaften reduziert sowie das Verwenden von diversen Verhütungsmitteln erhöht werden können. **Strukturierte Gespräche/Diskussionen** zeigen eine Reduktion von sexuell übertragbaren Erkrankungen bei heterosexuellen Erwachsenen. Detaillierte Informationen zu den Studien finden sich im Anhang 1, Tabelle 7.7.6.

3 Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis

Im Rahmen der Literaturanalyse (Grandes et al. 2008; Ovretveit et al. 2008; Prüfer et al. 2015; Schein 2012), der Fokusgruppe und der Interviews mit Expertinnen und Experten wurden zahlreiche förderliche und hinderliche Faktoren für Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis identifiziert. Zumeist wurden förderliche und hinderliche Faktoren genannt, die zwei Seiten einer Medaille darstellen. In der Folge werden diese als Rahmenbedingung bezeichnet (Kapitel 3.1). Zusätzlich wurden spezifische Fertigkeiten (Kompetenzen) identifiziert, die von Hausärztinnen/-ärzten gefordert sind, wenn sie sich in der Gesundheitsförderung engagieren (Kapitel 3.2).

3.1 Förderliche und hinderliche Faktoren

Tabelle 3.1:
identifizierte förderliche und hinderliche Rahmenbedingungen (Projekterfahrungen)

Rahmenbedingung	Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
Definition von Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis	Definition von Gesundheitsförderung, um sie von anderen Bereichen/Aktivitäten abgrenzen zu können	Abgrenzung von Gesundheitsförderung zu anderen Konzepten unklar Verständnis für Unterschied zwischen Gesundheitsförderung und „Gesundheitserziehung“ häufig noch nicht vorhanden (Whitehead 2000) Vereinnahmungsversuche von Gesundheitsförderung durch Wirtschaft, Esoterik und politische Interessen z. B. Ansinnen, dass in Gesundheitsberatung Produkte verkauft werden sollen. Nicht alle Gesundheitsaktionen sind sinnvoll, manche können sogar negative Effekte erzielen (z. B. Stigmatisierung oder Erhöhung der Chancenungleichheit).
Anschließen an aktuelles Berufsbild von Hausärztinnen/-ärzten unter Berücksichtigung der aktuellen Entwicklungen	Wahrnehmen von Gesundheitsförderung als Aufgabe von Hausärztinnen/-ärzten Spezifische Kompetenzen / Berufsbild des Hausarztes (vgl. Kap. 3.2.) Gesundheitsförderung als sinnstiftende Aktivität und zur Steigerung von Glaubwürdigkeit und Akzeptanz der Ärztinnen/Ärzte bei Patientinnen/Patienten	Abkopplung von Wohnort und Ordination der Hausärztin / des Hausarztes Viele Ärzte wohnen nicht in der Gemeinde, wo ihre Praxis liegt. Zeitmangel von Hausärztinnen/-ärzten Nachfolgeprobleme Hausärzte können ihr Wissen / ihre Erfahrungen nicht an Nachfolger/innen weitergeben.

Fortsetzung nächste Seite

Rahmenbedingung	Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
Anerkennung von Gesundheitsförderung als Schwerpunkt einer Hausarztpraxis und von Hausarzt/-ärztin als Gesundheitsexperte/-expertin bei regionaler Versorgungsplanung	<p>Anerkennung von Gesundheitsförderung als Schwerpunkt einer Hausarztpraxis Klare Zielindikatoren für Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis</p> <p>Integration von Hausarztpraxen in das öffentliche Gesundheitswesen Funktion als Kreis-/Gemeindearzt stärkt die Position des Hausarztes / der Hausärztin in Diskussionen mit politischen Funktionären.</p>	<p>Mangelnde Wertschätzung von Hausärztinnen/-ärztinnen seitens der Politik relevante Beratungsimpulse werden nicht entsprechend wahrgenommen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idealisierung von Gesundheitsförderungsengagement führt zu Gefühl, ungerecht behandelt zu werden • z. B. Hausarzt/Hausärztin soll gratis in Projekt mitwirken, während andere bezahlt bekommen
Bedarf an Aus-/Fortbildung im Bereich Gesundheitsförderung	<p>Ausbildung, Schulung, Information Praktische Ausbildung von Medizinstudentinnen/-studenten in verpflichtender Lehrpraxis stärkt kommunikative Kompetenzen der Studentinnen/Studenten</p>	Jüngere Ärzte/Ärztinnen sind weniger über Gesundheitsförderung informiert als ältere (Schein 2012).
Konzepte als Handreichung für Hausärztinnen/-ärzte sowie Informationsmaterialien zur Weitervermittlung von Patientinnen/Patienten in der Region	<p>Bereitstellen von Konzepten, die von Hausärztinnen/-ärzten übernommen werden können, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Übernahme von Konzepten der <i>Gesunden Gemeinde</i> für Gemeinde der Hausarztpraxis • Evidenzbasierte Leitlinien <p>Bereitstellen von Informationsmaterialien und Kontaktdaten zur Weitervermittlung</p>	Widersprüchliche Informationen
Bereitstellung von Ressourcen für Gesundheitsförderung, Information über Fördermöglichkeiten	Bereitstellungen von Ressourcen und Informationen zu Fördermöglichkeiten für Netzwerke, Projekte und andere gesundheitsfördernde Maßnahmen	<p>Mangelnde Honorierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen durch schlechte Messbarkeit der Effekte</p> <p>Bürokratische Hürden bei Projektbeantragung/-abwicklung und der Abrechnung kleiner Fördersummen.</p> <p>Unsicherheiten bezüglich gewährter Fördersumme bei beantragten Projekten</p>
Koordination und Vernetzung fördern	<p>Koordination und Vernetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeiter/in des Hausarztes / der Hausärztin hat die Funktion, die Entwicklungen in Netzwerken zu beobachten und sich dort aktiv einzubringen. • Kooperation zwischen Professionisten 	Fehlende Vernetzung und Abstimmung von existierenden/geplanten Gesundheitsförderungsmaßnahmen
Sicherung der Nachhaltigkeit der Gesundheitsförderungsmaßnahmen	Projekte müssen zu Selbstläufern werden, da sie sonst die Kapazitäten der Hausärztin / des Hausarztes übersteigen.	
Bedarf an Gesundheitsförderungsforschung	Verbesserung der Datenlage zu Gesundheitsförderungsmaßnahmen (Erhebung und Auswertung von Daten)	
Gesundheitskompetente Bevölkerung	Gesundheitskompetente Bevölkerung Einbindung moderner Kommunikationsmöglichkeiten (z. B. Apps)	<ul style="list-style-type: none"> • Schlechte oder unzureichende Motivation der Patientinnen/Patienten, ihren Lebensstil zu ändern • Überforderung der Bevölkerung durch zu viele gesundheitsfördernde Angebote

Quellen: Literaturrecherche, Fokusgruppe, Experteninterviews

3.2 Gesundheitskompetente Hausärztinnen und –ärzte

Aus den vorangegangenen Ausführungen wurde deutlich, dass Hausärztinnen und Hausärzte aus mehreren Gründen wichtige Akteure der Gesundheitsförderung sind (Kessler/Steinmann 2015; Klimont/Baldaszi 2015; SpringerMedizin.at 2005):

- » Erste Ansprechpartner bei Gesundheitsproblemen
- » Kontinuierliche und vertrauensvolle Beziehung zu den Patientinnen/Patienten
- » Kenntnis des Umfelds der Patientinnen/Patienten
- » Kenntnis der regionalen Unterstützungsstrukturen

Um gesundheitsfördernd tätig zu werden, benötigen Hausärztinnen/–ärzte spezifische Kompetenzen (Fertigkeiten). Eine/ein gesundheitskompetente/r Hausärztin/Hausarzt zeichnet sich durch folgende Eigenschaften aus:

Tabelle 3.2:

Eigenschaften gesundheitskompetenter Hausärztinnen und –ärzte

Erforderliche Kompetenz	Nähere Ausführung
Spezifische Haltung	<ul style="list-style-type: none"> • Ganzheitliches, systemisches Gesundheitsverständnis • Life-course approach (langfristige Sicht auf Gesundheit) • Kooperationsbereitschaft/Teamfähigkeit (ist sich bewusst, dass sie/er nicht alles selbst machen kann)
Kommunikative Kompetenzen	<ul style="list-style-type: none"> • Niederschwelliger Zugang zu Patientinnen/Patienten • Patientenzentrierte Gesprächsführung, um herauszufinden, welche Ressourcen der Patient / die Patientin hat
Vernetzungsfähigkeit und vernetztes Denken	<ul style="list-style-type: none"> • Umfassende Kenntnis der Unterstützungsmöglichkeiten, die ggf. zu aktivieren sind
Systemkenntnis	<ul style="list-style-type: none"> • Kenntnis der politischen Strukturen und Prozesse • Kenntnis regionaler Versorgungsstrukturen
Geduld	<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzen von Ideen erfordert Zeit.
Beachtung der eigenen Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> • Beachten der eigenen Works-Life-Balance

4 Schlussfolgerungen

Die Literatursuche und die Suche nach Praxisbeispielen zu „Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis“ zeigten, dass Gesundheitsförderungsmaßnahmen in diesem Bereich nicht gut dokumentiert sind. Auch die gezielte Suche nach einschlägigen Projekten in der FGÖ-Datenbank führte zu wenigen Treffern. Hausärztinnen/-ärzte werden, wenn überhaupt, als sekundäre Zielgruppe gesehen, die über Gesundheitsförderungsmaßnahmen informiert wird, damit sie multiplikatorisch wirken kann.

In der regionalen Gesundheitsförderung – so zeigt die Recherche – kommt den Hausärztinnen/-ärzten eine über ihre „klassischen“ Aufgaben hinausgehende Rolle als Gemeindeärztinnen/Gemeindeärzte sowie eine Rolle im Rahmen des Programms *Gesunde Gemeinde* zu, wo sie als Arbeitsgruppenleiter/innen Projekte initiieren oder als Katalysatoren für Projektideen fungieren. Allerdings wurden hierfür nur Einzelbelege identifiziert.

Insgesamt ist somit die **Evidenz für verhältnisbezogene Maßnahmen** im Setting Hausarztpraxis noch sehr **dünn**.

Im Rahmen der systematischen Literatursuche konnten vorrangig Studien identifiziert werden, die Maßnahmen zur Verbesserung des Lebensstils (**verhaltensbezogene Maßnahmen**) untersuchen. Dabei weisen die in den systematischen Übersichtsarbeiten inkludierten Primärstudien zum Teil erhebliche Limitationen in der methodischen sowie inhaltlichen Aufbereitung auf. Beispielsweise sind Angaben zu den gesundheitsförderlichen Maßnahmen, zu den Settings sowie zu den durchführenden Berufsgruppen zum Teil unklar oder fehlen ganz. Zusätzlich unterscheiden sich die untersuchten gesundheitsförderlichen Maßnahmen hinsichtlich Dauer und Häufigkeit, wodurch die Vergleichbarkeit eingeschränkt ist. Zusätzlich sind die in den Studien gewählten Nachbeobachtungszeiträume (Follow-up) oftmals zu kurz, um mittel- oder längerfristige Effekte der gesundheitsförderlichen Maßnahmen feststellen zu können. Die Studienergebnisse zeigen, dass für einige Zielgruppen (z. B. Kinder und Jugendliche) sowie für einige Maßnahmen unzureichende bzw. auch widersprüchliche Evidenz vorliegt. **Insgesamt betrachtet zeigt die Studienlage, dass lebensstilbezogene Maßnahmen im Setting Hausarztpraxis positive gesundheitliche Effekte bei Patientinnen und Patienten haben können, wenn die Maßnahmen an die Anforderungen der Zielgruppe und die Möglichkeiten des Settings angepasst sind.**

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Setting Hausarztpraxis bislang vorrangig auf Maßnahmen auf der individuellen Ebene zur Risikoprävention konzentrieren (z. B. im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung). Die Hausärztinnen und Hausärzte werden hier bereits vielfach aktiv (zum Teil im Rahmen ihrer Routinetätigkeit) und können damit die Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten fördern. Dabei ist die Gesprächsqualität von zentraler Bedeutung (Sator et al. 2015a), den Hausärztinnen und Hausärzten stehen bereits evaluierte Werkzeuge und Handlungsanweisungen (z. B. *Motivational Interviewing* bei problematischem Alkoholkonsum) zur Verfügung. Darüber hinausgehende Maßnahmen, insbesondere in Richtung einer Veränderung der Verhältnisse, beschränken sich auf Einzelfälle. Ein systematisches

Fokussieren auf ressourcenorientierte Gesundheitsförderung im wichtigen Setting Hausarztpraxis steht bisher noch aus.

Tabelle 4.1 fasst die identifizierten Beispiele zusammen und stellt sie in den eingangs formulierten konzeptuellen Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung. Sie zeigt, dass bereits viele Beispiele und Ansatzpunkte für individuelle Verhaltensmaßnahmen vorliegen, die meistens noch an der Reduktion von Risiken ansetzen. Vereinzelt wurden auch Maßnahmen auf der Verhältnis-ebene identifiziert, die bislang aber nicht systematisch entwickelt sind und vielfach auf dem Engagement einzelner Hausärztinnen/-ärzte beruhen.

Tabelle 4.1:
Identifizierte Beispiele von Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis

Zielebene	Risiken reduzieren	Ressourcen aufbauen
Verhalten	Alkoholkonsum Rauchentwöhnung Sexuelles Risikoverhalten	Körperliche Aktivität/Bewegung Gesunde Ernährung
	Psychosoziale Gesundheit	
Verhältnisse	Gemeindearzt/Gemeindeärztin	Gesundheitszentren (SMZ Liebenau!) „Gesunde Gemeinde“ Revitalisierung von Gemeindeteilen Gemeindearzt

Quelle und Darstellung: GÖG

Die Umsetzung von Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis wird von zahlreichen Rahmenbedingungen beeinflusst. Angesichts des aktuell eher krankheitszentrierten Berufsbildes und der Entwicklungen neuer Primärversorgungsformen sind insbesondere folgende Rahmenbedingungen von Bedeutung:

- » Klares Verständnis, was Gesundheitsförderung (im Setting Hausarztpraxis) bedeutet
- » Möglichkeiten für Hausärztinnen/Hausärzte, sich fundiertes Wissen über Gesundheitsförderung anzueignen (Aus-/Fortbildung, Handreichungen)
- » Verfügbarkeit von Ressourcen, um Hausärztinnen/Hausärzten ein gesundheitsförderliches Handeln zu ermöglichen

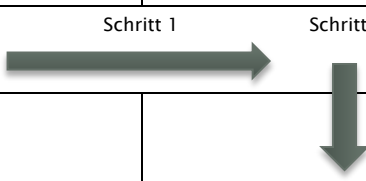
5 Empfehlungen für die Stärkung von Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis/Primärversorgung

Die beschriebenen Ergebnisse wurden im Projektteam und mit Expertinnen/Experten diskutiert und Empfehlungen für die Weiterentwicklung und Stärkung von Gesundheitsförderung in der Primärversorgung abgeleitet (methodische Details siehe 8.4., 8.5). Diese beziehen sich gleichermaßen auf das Setting der klassischen Hausarztpraxis wie auf die geplanten neuen Formen der Primärversorgung – entsprechend dem definierten Schwerpunkt der Gesundheitsreform für die nächsten vier Jahre in Österreich (Art 15a-Vereinbarung 2016).

Eine Stärkung der Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis / neue Primärversorgung sollte an der bestehenden Praxis von Gesundheitsförderung in der Hausarztpraxis sowie den Ressourcen von Hausärztinnen/Hausärzten anschließen und diese schrittweise in Richtung Ressourcenorientierung und Verhältnisorientierung weiterentwickeln. Ausgehend von den Maßnahmen zur Risikovermeidung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung sowie von ihrer gewohnten Beratungstätigkeit können sich Hausärztinnen/-ärzte zu ressourcenorientierten „Gesundheitscoaches“ weiterentwickeln, die die Ressourcen ihrer Patientinnen/Patienten stärken. Letzteres gewinnt insbesondere durch die Zunahme chronischer Erkrankungen und die damit verbundene Verknüpfung von Krankheitsmanagement und Gesundheitsförderung vermehrt an Bedeutung. In einem zweiten Schritt könnten – unterstützt durch die aktuelle Weiterentwicklung der Primärversorgung – auch settingorientierte Maßnahmen forciert werden (vgl. Tabelle 5.1).

Tabelle 5.1:
Grundschnitte zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis/Primärversorgung

Zielebene	Risiken reduzieren	Ressourcen aufbauen
Verhalten	Schritt 1	
Verhältnisse		Schritt 2



Quelle und Darstellung: GÖG

Nachdem die empfohlene Entwicklung am besten von der Systemebene initiiert wird, werden Empfehlungen für diese Ebene formuliert. Die Vorschläge sind zum Teil sehr weitreichend und bedürfen einer sorgfältig Planung und Abstimmung mit diversen Stakeholdern im Feld und können nur in mehrjährigen Umsetzungsprojekten realisiert werden. Sie verstehen sich als eine erste strategische Skizze, die die weitere Auswahl und Entwicklung von Umsetzungsmaßnahmen anregen und unterstützen soll.

1. Stärken der Anerkennung von Gesundheitsförderung und Förderung von Gesundheitskompetenz als integrierte Aufgabe der Gesundheitsversorgung

Aufbauend auf dem Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich („Das Team rund um den Hausarzt“) und dem Rahmen-Gesundheitsziel 3 („Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“) empfehlen wir, eine stärkere Anerkennung von Gesundheitsförderung und Förderung von Gesundheitskompetenz **als integrierte Aufgabe der Krankenversorgung** (vgl. Forderung einer Neuorientierung der Gesundheitsversorgung in der „Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung“; WHO 1986). Die Empfehlung gründet auf dem niederschweligen Zugang von Hausärztinnen/Hausärzten zu Patientinnen/Patienten, ihrem langjährigen Kontakt zu den Patientinnen und Patienten und ihrer Kenntnis der lokalen Bedingungen für die Bevölkerungsgesundheit.

Maßnahmen zur Umsetzung der Empfehlung könnten sein:

- » Strategien der Öffentlichkeitsarbeit, um die hohe Relevanz von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz im Setting Hausarztpraxis/Primärversorgung im öffentlichen und fachlichen Diskurs hervorzuheben
- » Ausbau und Weiterentwicklung vorhandener Instrumente/Leistungen der Primärversorgung, wie insbesondere der Vorsorgeuntersuchung, in Richtung ressourcenorientierter Lebensstil-Entwicklung

2. Erarbeiten eines Organisationsmodells „Gesundheitsfördernde Arztpraxis/Primärversorgungseinrichtung“

Ausgehend von den im Bericht dargestellten Unsicherheiten der Hausärztinnen/Hausärzte darüber, was Gesundheitsförderung im Setting ihrer Praxis bedeuten kann und soll, ist die Erarbeitung eines idealtypischen Organisationsmodells „Gesundheitsfördernde Arztpraxis/Primärversorgungseinrichtung“ ein wichtiger Schritt. Dieses Modell kann den regionalen Rahmenbedingungen jeweils angepasst und unterschiedlich ausgestaltet werden. Da Ärztinnen/Ärzte traditionell auf die Behandlung einzelner Patientinnen/Patienten ausgerichtet sind, ist bei der Modellentwicklung verstärktes Augenmerk auf das verhältnisbezogene Handlungsfeld und damit „regionale Settings“ zu legen. Insbesondere verhältnisbezogene Maßnahmen scheinen in multiprofessionellen und interdisziplinären Teams bzw. Personennetzwerken leichter anstoßbar und umsetzbar – hier können die aktuellen Entwicklungen und Vorstöße zu einer verstärkten Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe (Art 15a-Vereinbarung 2016; „Das Team rund um den Hausarzt“ BMG 2014) unterstützen.

Maßnahmen zur Umsetzung der Empfehlung könnten sein:

- » Partizipative Entwicklung eines Organisationsmodells „Gesundheitsfördernde Arztpraxis/Primärversorgung“ mit entsprechenden Standards und Aufgabenprofilen, die an bestehende Konzepte anschließen, wie an jenes der gesundheitsfördernden Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen oder der selbsthilfefreundlichen Arztpraxis (Bahrs/Matthiessen 2007; Trojan et al. 2012; WHO Working Group „Putting HPH Policy into Action“ 2006). Denkbar ist auch die Entwicklung eines Gütesiegels „Gesundheitsfördernde Arztpraxis/Primärversorgung“. Die partizipative Entwicklung des Organisationsmodells in enger Zusammenarbeit mit Hausärztinnen/Hausärzten und Patientenvertreterinnen/–vertretern soll die Berücksichtigung der Ressourcen der Hausärztinnen/Hausärzte und die Bedürfnisse der Bevölkerung und Patientinnen/Patienten sicherstellen. Zudem soll die Implementierbarkeit dadurch gewährleistet werden.

Ergänzende Inhalte für das Organisationsmodell:

- » **Erweiterung der Zielgruppen einer gesundheitsfördernden Arztpraxis/Primärversorgung** (neben Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen) um Mitarbeiter/innen der Arztpraxis/Primärversorgungseinrichtung, Laienversorger/innen und die Bevölkerung in der Region
- » **Kooperation mit regionalen Selbsthilfegruppen:** Der Austausch zwischen Hausärztin/Hausarzt und Selbsthilfegruppe/Selbsthilfe-Dachverbänden kann zum einen dem Kennenlernen und Vertrauensaufbau dienen, damit die Ärztin / der Arzt guten Gewissens seine Patientinnen/Patienten die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe empfehlen kann. Zum anderen kann der Austausch auch der Identifikation der Bedürfnisse und Bedarfe der Patientinnen/Patienten in der Region dienen.
- » Analyse von Behandlungsprogrammen für chronische Erkrankungen, um die Verknüpfung von Krankheitsmanagement und Gesundheitsförderung sichtbar zu machen und Ansatzpunkte für weiterentwickelte Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu identifizieren.

3. Entwickeln von Schulungsangeboten und Informationsmaterialien, die Hausärztinnen/Hausärzte unterstützen, „das Richtige richtig zu tun

Aufbauend auf der vorhandenen Motivation von Hausärztinnen/-ärzten, Gesundheitsförderungsinterventionen zu setzen, empfehlen wir die Entwicklung von Schulungsangeboten und Informationsmaterialien, um die in der Primärversorgung Tätigen bei qualitativ hochwertigen Gesundheitsförderungsangeboten zu unterstützen.

Maßnahmen zur Umsetzung der Empfehlung könnten sein:

- » Systematischer Ausbau von Gesundheitsförderung als Unterrichtsgegenstand im Medizinstudium und in der post-promotionellen Ausbildung für Allgemeinmediziner/innen (inkl. Training in Gesprächsführung)
- » Ausbau der Fort-/Weiterbildung in Gesundheitsförderung für Hausärztinnen/-ärzte, beispielsweise durch ein Diplom für Gesundheitsförderung der Österreichischen Ärztekammer oder ein Zertifikat „Gesundheitscoach“ für Hausärztinnen/Hausärzte. Das Gesundheitsförderungswissen könnte durch Allgemeinmediziner/innen gelehrt werden, die in Gesundheitsförderung praktische Erfahrung haben, und würde praxistaugliches Verständnis und Commitment für Gesundheitsförderung schaffen.
- » Forcieren eines praxisbezogenen Erfahrungsaustausches von Hausärztinnen/-ärzten über durchgeführte Gesundheitsförderungsinterventionen (z. B. in Qualitätszirkeln, Gesundheitszirkeln, Balint Gruppen, Peer Review Groups, Intervisionsgruppen) zur Weiterentwicklung von Motivation, Wissen und Fertigkeiten im Bereich Gesundheitsförderung bei Hausärztinnen/Hausärzten
- » Entwickeln von praxistauglichen Transferprodukten, wie Fact-Sheets, Leitfäden und Informationslisten über regionale Versorgungsangebote

4. Entwickeln von Anreizsystemen und Finanzierungsregeln für die im Organisationsmodell definierten Gesundheitsförderungsaufgaben im Setting Hausarztpraxis/Primärversorgung

Für die im Organisationsmodell definierten Gesundheitsförderungsaufgaben im Setting Hausarzt/Primärversorgung sind Anreizsysteme und Finanzierungsregeln erforderlich. Die identifizierten Honorierungsschwierigkeiten und der Zeitmangel für die Umsetzung von Ge-

sundheitsförderungsmaßnahmen machen deutlich, dass die Weiterentwicklung der Honorierungssysteme als Grundlage für eine breite Umsetzung von Gesundheitsförderung im Setting Hausarzt/Primärversorgung erforderlich ist. Daher empfehlen wir, die Entwicklung von Anreizsystemen und Finanzierungsregeln für die im Organisationsmodell definierten Gesundheitsförderungsaufgaben. Evidenzbasierte und effektive Maßnahmen zur Gesundheitsförderung können längerfristig die Kosten auf der kurativen Ebene dämpfen.

Maßnahmen zur Umsetzung der Empfehlung könnten sein:

- » **Honorierung der Gesundheitsförderungsaktivitäten von Hausärztinnen/-ärzten**, z. B. durch Aufnahme von Gesundheitsförderung in die Leistungskataloge der Sozialversicherung oder durch Pauschalabgeltung im Rahmen der Primärversorgungszentren, um Gesundheitsförderung vom Engagement und von ehrenamtlichen Leistungen einzelner Ärztinnen/Ärzte unabhängig zu machen und Gesundheitsförderung langfristig, systematisch und qualitativ zu etablieren. Hier könnte auch auf ähnliche Überlegungen in der zahnärztlichen Versorgung zurückgegriffen werden.
- » **Entwickeln von entsprechenden Förderschienen für den strukturellen Aufbau von Gesundheitsförderung im Setting „neue Primärversorgung“**, um die Re-orientierung in Richtung Gesundheitsförderung zu stützen. Für Primärversorgungszentren könnte hierfür ein Teil der zweckgewidmeten Fördermittel von 200 Millionen zum Aufbau der Primärversorgung herangezogen werden (vgl. Art 31; Art 15a-Vereinbarung 2016).

5. Regionale Koordination der Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Um die (verhältnisorientierte) Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis/Primärversorgung weiterzuentwickeln, empfehlen wir eine regionale Koordination der Gesundheitsförderungsmaßnahmen, welche der Vernetzung von und dem Informationsaustausch zwischen Gesundheitsförderungsmaßnahmen dient. Dies reduziert den Aufwand und verbessert die Abstimmung von regionalen Gesundheitsförderungsmaßnahmen der Hausärzte/-ärztinnen.

Maßnahmen zur Umsetzung der Empfehlung könnten sein:

- » Etablieren von Koordinatorinnen/ Koordinatoren z. B. auf Ebene von Versorgungsregionen, um Gesundheitsförderern die unterschiedlichen regionalen Aktivitäten zur Kenntnis zu bringen und diese miteinander zu vernetzen bzw. aufeinander abzustimmen
- » Aufsetzen einer aktuellen Datenbank für Gesundheitsförderungsmaßnahmen, um den Zugang zu Wissen über regionale Gesundheitsförderungsinterventionen und Kooperationen zu erleichtern. Dies könnte durch den Ausbau des 2015/2016 entwickelten Monitorings der Gesundheitsförderungsstrategie (IDDS-Gesundheit; <https://idders.goeg.at>) realisiert werden.

6. Weiterentwicklung und Ausbau von regionaler Infrastruktur für Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf Gemeindeebene und in den Regionen

Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf Gemeinde-Ebene und in den Regionen brauchen regionale Infrastruktur, damit sie niederschwellig und dauerhaft umgesetzt werden können (z. B. Räume zum Austausch, Bewegungsräume). Daher empfehlen wir die Weiterentwicklung und den Ausbau von regionaler Infrastruktur für Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf Gemeinde-Ebene und in den Regionen mit starker Beteiligung der regionale Hausärztinnen/-ärzte.

Maßnahmen zur Umsetzung der Empfehlung könnten sein:

- » Bereitstellung von Räumlichkeiten für Gesundheitsförderungsmaßnahmen (z. B. Bewegungsangebote, Vernetzung)
- » Nutzung von Newsletters anderer Organisationen, um auf die Angebote der Hausarztpraxis / der Primärversorgungseinrichtung hinzuweisen
- » Erleichtern des Zugangs zu Information/Informationsmaterialien über bestehende Gesundheitsförderungsangebote in der Region

7. Stärken von Gesundheitsförderungsforschung im Setting Hausarztpraxis/Primärversorgung

Ausgehend von der schwachen Evidenzlage und lückenhaften Dokumentation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Setting Hausarztpraxis/Primärversorgung empfehlen wir gezielte Förderung von Gesundheitsförderungsforschung in diesem Bereich. Aus dieser könnten auch minimale Dokumentationsanforderungen für Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Routinebetrieb (als Voraussetzung für deren Honorierung) abgeleitet werden.

Maßnahmen zur Umsetzung der Empfehlung könnten sein:

- » Wissenschaftsveranstaltungen und gezielte Vernetzung von Forschungseinrichtungen in diesem Bereich
- » Aufbau einer spezifischen Forschungsförderung für Gesundheitsförderungsforschung in der Primärversorgung
- » Gemeinsames Durchführen von Gesundheitsförderungsmaßnahmen durch Forschungsinstitute und Hausärztinnen/Hausärzten, um ressourcenorientiert medizinisches Wissen und wissenschaftliche Dokumentation zu kombinieren
- » Begleitende Evaluation und Forschung der initiierten Gesundheitsförderungsmaßnahmen in enger Abstimmung mit den beteiligten Hausärztinnen/Hausärzten oder der beteiligten Primärversorgung
- » Entwicklung von Dokumentationstools für Gesundheitsförderungsmaßnahmen gemeinsam mit Hausärztinnen/Hausärzten im Kontext des IDDS-Gesundheit (<https://idds.goeg.at>). Dadurch soll sichergestellt werden, dass der Dokumentationsaufwand minimal gehalten wird.
- » Etablieren einer zentralen Dokumentationsstelle für Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Setting Hausarzt/Primärversorgung, welche die Maßnahmen dokumentiert und Standards für die Dokumentation von Gesundheitsförderungsprojekten erarbeitet

6 Literatur

Allgemeinmedizin, Europäische Gesellschaft für (2002): DIE EUROPÄISCHE DEFINITION DER ALLGEMEINMEDIZIN / HAUSARZTMEDIZIN. WONCA

Alter und Sucht (o. J.): Kurzinterventionen [Online]. Forel Klinik, Infodrog, Sucht Schweiz, Zürcher Fachstelle für Alkohol- und Medikamentenmissbrauch ZüFAM. www.alterundsucht.ch [Zugriff am 23. September 2016]

Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz (2016): Nationales Rauchstopp-Programm [Online]. <http://www.at-schweiz.ch/de/startseite/rauchstopp-programm.html> [Zugriff am 20. Oktober 2016]

Art 15a-Vereinbarung (2016): Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 1340 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXV. GP

Bahrs, Ottomar; Matthiessen, Peter F. (2007): Gesundheitsfördernde Praxen – Die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis. Hans Huber,, Bern

Bazian Ltd. for NICE (2012): Individual-level behaviour change. External evidence review 1: review of current NICE guidance and recommendations. NICE, The National Institute for Health and Care Excellence, <https://www.nice.org.uk/>

BMG (2014): "Das Team rund um den Hausarzt". Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. 2014, Beschlossen in der Bundes-Zielsteuerungskommission am 30. Juni. Bundesgesundheitsagentur & Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Büla, Christophe; Jotterand, Sebastian; Martin, Brian W.; Bize, Raphael; Lenoble-Hoskovec, Constanze; Seematter-Bagnoud, Laurence (2014): Bewegung im Alter: Dafür ist es nie zu spät! In: Schweizer Medizinisches Forum 14/45:836–841

Bundesministerium für Gesundheit (2013): Nationale Strategie öffentliche Gesundheit. Grundlage für die Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Österreich

BZgA (2009): Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen. Ein Beratungsleitfaden für die ärztliche Praxis. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung http://www.bzga.de/botmed_32021000.html

Clossick, Emma; Woodward, Sue (2014): Alcohol brief interventions in general practice. In: British Journal of Healthcare Management 20/10:468–477 410p

De Maeseneer, Jan (2016): Primary Care at the crossroads: how could primary care start in Austria. Wien, 7.9.2016

- Denison, Eva; Vist, Gunn E.; Underland, Vigdis; Berg, Rigmor C. (2014): Interventions aimed at increasing the level of physical activity by including organised follow-up: a systematic review of effect. In: BMC Family Practice 15/120
- Fernandez, A.; Moreno-Peral, P.; Zabaleta-del-Olmo, E.; Bellon, J. A.; Aranda-Regules, J. M.; Luciano, J. V.; Serrano-Blanco, A.; Rubio-Valera, M. (2015): Is there a case for mental health promotion in the primary care setting? A systematic review. In: Preventive Medicine 76 Suppl/S5-11
- FGÖ (2005): Glossar. Gesundheitsbildung. Gesundheitserziehung [Online]. Fonds Gesundes Österreich. www.fgoe.org [Zugriff am 30. September 2016]
- FGÖ (2015): Kommunale Projekte – „Gemeinsam gesund in ...“ [Online]. Fonds Gesundes Österreich. <http://www.fgoe.org/projektfoerderung/kommunale-projekte-201egemeinsam-gesund-in.201c> [Zugriff am 1. Oktober 2016]
- FGÖ (2016): Rauchfrei in Vorarlberg [Online]. Fonds Gesundes Österreich. http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geoerderte-projekte/FgoeProject_2824 [Zugriff am 28. August 2016]
- Fischer, Gisela C.; Glaeske, Gerd; Kuhlmeier, Adelheid; Lauterbach, Karl W.; Rosenbrock, Rolf; Scriba, Peter C.; Wille, Eberhard (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Buch, Monographie. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bonn, = Gutachten 2005
- Forster, Rudolf; Rojatz, Daniela (2011): Selbsthilfegruppen als Partner der Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Eine Analyse am Beispiel krankenhausbbezogener Kooperationsprojekte. Institut für Soziologie der Universität Wien, Wien
- Freisleben-Teutscher, Christian F. (2009): Gesundheitsförderung ohne Ablaufdatum. Aktiver Umgang mit dem Phänomen „Alter“. Ärzte Woche [Online]. Springer-Verlag GmbH. <http://www.springermedizin.at/artikel/3024-gesundheitsfoerderung-ohne-ablaufdatum> [Zugriff am 15. September 2016]
- Fröschl, Barbara; Bornschein, Bernhard; Brunner-Ziegler, Sophie; Conrads-Frank, Annette; Eisenmann, Alexander; Gartlehner, Gerald; Grillich, Ludwig; Kaminsky, Angela; Mühlber, Nikolai; Pertl, Daniela; Schnell-Inderst, Petra; Sroczynski, Gaby; Siebert, Uwe; Thaler, Kylie; Wild, Claudia; Wurm, Johannes; Zechmeister, Ingrid (2012): Methodenhandbuch für Health Technology Assessment Version 1.2012, Wien
- Geene, Raimund (2008): Gesundheitsförderung als Handlungsfeld und als Identität der Selbsthilfe. In: Selbsthilfegruppenjahrbuch 2008. Hg. v. Selbsthilfegruppen, Deutsche Arbeitsgemeinschaft, Gießen: 110-117
- Gensichen, Jochen; Petersen, Juliana; Rauck, Sandra; Gerlach, Ferdinand (2010): PRoMPT (PRimary care Monitoring for depressive Patients Trial) – Case Management für Depression [Online]. http://www.allgemeinmedizin.uni-jena.de/content/forschung/depression/prompt/index_ger.html [Zugriff am Oktober 2016]

- Gesundheit.gv.at, Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2014): Anlaufstellen für die Raucherentwöhnung [Online]. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/raucherentwoehnung-angebote.html> [Zugriff am 19. September 2016]
- Gesundheitsfonds Steiermark (2015): Bewegungsliteracy - Primary Care [Online]. Gesundheitsfonds Steiermark,. <http://www.gesundheitsfoerderung-steiermark.at/Seiten/Bewegungsliteracy---Primary-Care.aspx> [Zugriff am August 2016]
- Gilbody, S.; Whitty, P.; Grimshaw, J.; Thomas, R. (2003): Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. In: JAMA 289/23:3145–3151
- Grandes, G.; Sanchez, A.; Cortada, J. M.; Balague, L.; Calderon, C.; Arrazola, A.; Vergara, I.; Millan, E.; Prescribe Vida Saludable, group (2008): Is integration of healthy lifestyle promotion into primary care feasible? Discussion and consensus sessions between clinicians and researchers. In: BMC Health Services Research 8/213
- Heather, N. (2012): Can screening and brief intervention lead to population-level reductions in alcohol-related harm? In: Addiction Science & Clinical Practice 7/15
- Hinrichs, T.; Brach, M. (2012): The general practitioner's role in promoting physical activity to older adults: a review based on program theory. In: Current Aging Science 5/1:41–50
- HVSVT (2015): Umfrageergebnisse: Bevölkerungsstudie – Gesundheit 2015 [Online]. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. www.bva.at [Zugriff am 3. September 2016]
- HVSVT (2016): Vorsorgeuntersuchung NEU. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, www.sozialversicherung.at
- Jackson, R.; Johnson, M.; Campbell, F.; Messina, J.; Guillaume, L.; Meier, P.; Goyder, E.; Chilcott, J.; Payne, N. (2014): Screening and Brief Interventions for Prevention and Early Identification of Alcohol Use Disorders in Adults and Young People. NICE Centre for Public Health Excellence, www.nice.org.uk
- Kessler, Claudia; Steinmann, Ralph (2015): Gesundheitsförderung im Alter in der Hausarztpraxis. In: Primarycare – Die Schweizerische Zeitschrift für Hausarztmedizin 15/7:118–123
- Klimont, Jeannette; Baldaszi, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. STATISTIK AUSTRIA, Wien
- Kochen, M. M. (2012): Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Thieme, Stuttgart
- Lindson-Hawley, N.; Thompson, T. P.; Begh, R. (2015): Motivational interviewing for smoking cessation. In: Cochrane Database Syst Rev 3/CD006936

- Loeb, Pierre; Stoll, Beate; Weil, Barbara (2014): Kurzinterventionen bei Patienten mit risikoreichem Alkoholkonsum. Zweite, erweiterte Auflage. Ein Leitfaden für Ärzte und Fachleute in der Grundversorgung, Basel
- Maderuelo-Fernandez, J. A.; Recio-Rodriguez, J. I.; Patino-Alonso, M. C.; Perez-Arechaederra, D.; Rodriguez-Sanchez, E.; Gomez-Marcos, M. A.; Garcia-Ortiz, L. (2014): Effectiveness of interventions applicable to primary health care settings to promote Mediterranean diet or healthy eating adherence in adults: A systematic review. In: Preventive Medicine 76 Suppl/S39-55
- Morton, K.; Beauchamp, M.; Prothero, A.; Joyce, L.; Saunders, L.; Spencer-Bowdage, S.; Dancy, B.; Pedlar, C. (2014): The effectiveness of motivational interviewing for health behaviour change in primary care settings: a systematic review. In: Health Psychol Rev 9/205-223
- Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (2016): Projekt selbsthilfefreundliche (Arzt-)Praxis [Online]. NAKOS, Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen; http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de/selbsthilfe/content/wie_wir_arbeiten/modellprojekte/4_arzt_praxis/index_ger.html [Zugriff am 19. September 2016]
- Nilsen, P.; McCambridge, J.; Karlsson, N.; Bendtsen, P. (2011): Brief interventions in routine health care: a population-based study of conversations about alcohol in Sweden. In: Addiction 106/10:1748-1756
- NÖ Gemeindeärztegesetz 1977: NÖ Gemeindeärztegesetz 1977 (NÖ GÄG 1977), LGBl. 9400-14 in der geltenden Fassung
- Nutbeam, Don (1998): Health promotion glossary. In: Health Promotion International 13/4:
- Orow, Gillian; Kinmonth, Ann-Louise; Sanderson, Simon; Sutton, Stephen (2012): Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. In: BMJ: British Medical Journal (Overseas & Retired Doctors Edition) 344/7850:16-16 11p
- Ovretveit, J.; Gillies, R.; Rundall, T. G.; Shortell, S. M.; Brommels, M. (2008): Quality of care for chronic illnesses. In: International Journal of Health Care Quality Assurance 21/2:190-202
- Pavey, T G; Taylor, A H; Fox, K R; Hillsdon, M; Anokye, N; Campbell, J L; Foster, C; Green, C; Moxham, T; Mutrie, N; Searle, J; Trueman, P; Taylor, R S (2011): Effect of exercise referral schemes in primary care on physical activity and improving health outcomes: systematic review and meta-analysis. In: BMJ 343/
- Prüfer, F.; Joos, S.; Miksch, A. (2015): Die Rolle des Hausarztes in der kommunalen Gesundheitsförderung. Eine qualitative Studie. In: Prävention und Gesundheitsförderung 10/2:180-185
- Rauscha, Josef; (2016): Gesundheitsbrief [Online]. <https://www.hausarzt-wien.com/nc/service/gesundheitsbrief.html> [Zugriff am 24. September 2016]

- Rice, Virginia; Hill; Hartmann–Boyce, Jamie; Stead, Lindsay (2013): Nursing interventions for smoking cessation. In: Cochrane Database of Systematic Reviews
- Richter–Kornweitz, Antje; Altgeld, Thomas (2011): Gesunde KITA für alle! Leitfaden zur Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte. 2. Auflage Aufl., Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. , Hannover
- Rojatz, Daniela; Forster, Rudolf (2015): Gemeinschaftliche Selbsthilfe als Gesundheitsförderung pur!? Analyse des Verhältnisses anhand von Grundsatzdokumenten und gemeinsamer Praxis. In: Prävention und Gesundheitsförderung 10/3:263–272
- Rollnick, Stephen; Miller, William R.; Butler, Christopher C. (2012): Motivierende Gesprächsführung in den Heilberufen. Core–Skills für Helfer. G.P.Probst Verlag, Lichtenau
- Rumpelsberger, Karin (2012): Gesund ist, wer nicht krank ist? Subjektive Gesundheitsvorstellungen oberösterreichischer Hausärzte und ihre gegenwärtige und zukünftige Rolle. Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld: Universität Bielefeld
- Sator, Marlene; Nowak, Peter; Menz, Florian (2015a): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Grundlagen, Analyse und erste Umsetzungsempfehlungen für eine langfristige Weiterentwicklung in Österreich. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Sator, Marlene; Nowak, Peter; Menz, Florian (2015b): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Grundlagen, Analyse und erste Umsetzungsempfehlungen für eine langfristige Weiterentwicklung in Österreich. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Schein, Susanne (2012): Was verstehen niedergelassene Allgemeinmediziner unter „Gesundheitsförderung“? , Graz: Medizinische Universität Graz
- Schmidt–Leitner, Maria (o. J.): Seelische Gesundheit: Bewusst lebt besser. Fonds Gesundes Österreich
- Schobel, Dietmar (2011): Ein Instrument für gesündere politische Entscheidungen. In: Gesundes Österreich4:28–4
- Sielk, M; Janssen, B; Abholz, H–H (2009): Praktische Psychiatrie für den Hausarzt. Hilfen für Diagnostik und Therapie. Deutscher Ärzte–Verlag Köln
- Silverman, Jonathan (2016): Talking about health. Teaching communication in healthcare - why bother? 2 Konferenz der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz Sprechen Sie Gesundheit? – Kommunikation als Motor für Gesundheitskompetenz. Wien
- Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau (2015): Zurück zu den Anfängen. 30 Jahre SMZ Liebenau [Online]. <http://smz.at/> [Zugriff am 23. Juli 2016]
- SpringerMedizin.at (2005): Große Spielwiese für Hausärzte. Ärzte Woche [Online]. Springer–Verlag GmbH. <http://www.springermedizin.at/artikel/5608-grosse-spielwiese-fuer-hausaerzte> [Zugriff am 5. Oktober 2016]

- Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2016): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Torge, Marion; Petersen, Juliana J.; Gensichen, Jochen (2010): Depressionsbehandlung in der Hausarztpraxis. In: Psychiat Prax 37/366-368
- Trojan, Alf; Bellwinkel, Michael; Bobzien, Monika; Kofahl, Christopher; Nickel, Stefan (2012): Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Wie sich selbsthilfebezogene Patientenorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt. BKK Bundesverband, Bremerhaven
- Tsai, A. G.; Wadden, T. A.; Volger, S.; Sarwer, D. B.; Vetter, M.; Kumanyika, S.; Berkowitz, R. I.; Diewald, L. K.; Perez, J.; Lavenberg, J.; Panigrahi, E. R.; Glick, H. A. (2013): Cost-effectiveness of a primary care intervention to treat obesity. In: Int J Obes (Lond) 37 Suppl 1/S31-37
- Watson, Michael (2008): Going for gold: the health promoting general practice. In: Quality in primary care 16/177-185-
- WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. WHO, 21.11.1986, Ottawa
- WHO Working Group „Putting HPH Policy into Action“ (2006): Putting HPH Policy into Action. Working Paper of the WHO Collaborating Centre on Health Promotion in Hospitals and Health Care. Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Vienna

7 Anhang 1

Evidenztabelle lebensstilbezogene Handlungsfelder

Tabelle 7.1

Evidenztabelle über identifizierte Übersichtsarbeiten zu Alkohol

Studie	Beschreibung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen	Ergebnis
<p>Bazian for NICE (2012): Umfangreiche, qualitativ hochwertige Übersichtsarbeit, die verschiedene NICE-Leitlinien und zugrundeliegende Übersichtsarbeiten und Primärstudien zusammenfasst. Präsentiert werden individuelle, effektive Verhaltensänderungsmaßnahmen für verschiedene lebensstilbezogene Handlungsfelder.</p>	<p>Kurze Verhaltensberatung für erwachsene Problemtrinker/innen (brief behaviour counselling; Evidenz aus 3 syst. Übersichtsarbeiten) Dauer, Intensität: K. A. Zielgruppe: erwachsene Problemtrinker/innen Durchführende Berufsgruppe: K. A. Setting: K. A.</p>	<p>Kurze Verhaltensberatung zeigt kleine positive Effekte hinsichtlich der Verringerung des Alkoholkonsums.</p>
	<p>Kurzinterventionen für erwachsene Problemtrinker/innen als Präventionsmaßnahme (brief interventions, prevention in adult problem drinkers; Evidenz aus 27 syst. Übersichtsarbeiten): soziale Unterstützung, Feedback und Monitoring, Informationen über gesundheitliche/emotionale Konsequenzen. Dauer, Intensität: K. A. Zielgruppe: erwachsene Problemtrinker/innen, mit gefährlichem Trinkverhalten Durchführende Berufsgruppe: K. A. Setting: Primärversorgung</p>	<p>Effektiv hinsichtlich der Verringerung des Alkoholkonsums bei erwachsenen Problemtrinkern/-trinkerinnen mit gefährlichem Trinkverhalten (hazardous drinkers). Sechs systematische Übersichtsarbeiten ergeben eine Reduzierung der alkoholassoziierten, negativen Outcomes.</p>
	<p>Kurzinterventionen für junge Leute (brief interventions in young people; Evidenz aus 3 syst. Übersichtsarbeiten, 5 RCT): motivierende Gesprächsführung inkl. Reflexion hinsichtlich Probleme die zu Substanzmissbrauch (Alkohol, Tabak, illegale Drogen) führen in Verbindung mit Zielsetzungen Dauer, Intensität: K. A. Zielgruppe: junge Leute bis 25 Jahre Durchführende Berufsgruppe: K. A. Setting: K. A.</p>	<p>Unklare Ergebnisse hinsichtlich der Effektivität von Kurzinterventionen für junge Leute aufgrund gemischter Studienergebnisse. 1 syst. Übersichtsarbeit und 1 RCT zeigen kurzfristige (3–4 Monate) Effekte der Verhaltensänderung, jedoch keine langfristigen Effekte (12 Monate) durch motivierende Gesprächsführung (inkl. Reflexion der Probleme, die zu Missbrauch von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen führen, sowie Setzen von Zielen).</p>
	<p>Erweiterte Kurzinterventionen für Erwachsene (extended brief interventions for adults; Evidenz aus 2 syst. Übersichtsarbeiten): Information, Motivierung und Beratung in mehreren Sitzungen Dauer, Intensität: 2 bis 7 Sitzungen, 15 bis 50 Minuten oder 10 bis 15 Minuten Zielgruppe: Erwachsene Durchführende Berufsgruppe: K. A. Setting: K. A.</p>	<p>Effektiv hinsichtlich der Reduktion des Alkoholkonsums</p>

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 7.1: Seite 2 von 3

Studie	Beschreibung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen	Ergebnis
	Hausbesuche für weibliche Problemtrinkerinnen (home visits for women who were problem drinkers; Evidenz aus 1 syst. Übersichtsarbeit)	Unzureichende Evidenz, um Aussagen zur Effektivität machen zu können
	Interventionen für alkoholisierte Autofahrer (interventions for drink drivers; Evidenz aus 1 syst. Übersichtsarbeit)	Unzureichende Evidenz, um Aussagen zur Effektivität machen zu können
<p>Jackson et al. (2014)</p> <p>Umfangreiche, qualitativ hochwertige Übersichtsarbeit im Auftrag des NICE (Centre for Public Health Excellence). Untersucht wird die Effektivität von Kurzinterventionen zur Verhinderung von Alkoholmissbrauch bei Erwachsenen sowie jungen Leuten.</p>	<p>Kurzinterventionen als Präventionsmaßnahme (brief interventions; Evidenz aus 27 syst. Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen): Dauer, Intensität: K. A. Zielgruppe: Erwachsene und junge Leute Durchführende Berufsgruppe: K. A. Setting: Primärversorgung (in der Mehrheit der Studien)</p>	<p>Die Übersichtsarbeit zeigt positive Effekte der Kurzinterventionen zu Alkoholmissbrauch von Erwachsenen für die Endpunkte Alkoholkonsum, Mortalität, Morbidität, alkoholassoziierte Erkrankungen, soziale alkoholassoziierte Konsequenzen sowie Ressourcennutzung im Gesundheitswesen.</p> <p>Unklare Ergebnisse hinsichtlich der Effektivität von Kurzinterventionen für junge Leute.</p> <p>Die Effekte durch den verstärkten Einsatz von motivierender Gesprächsführung sind unklar.</p>
<p>Clossick et al. (2014)</p> <p>Eingeschränkt übertragbare systematische Übersichtsarbeit, die die Effektivität von zusammengefassten unterschiedlichen Interventionen in der Primärversorgung mit dem Ziel, den Alkoholkonsum und alkoholassoziierte Probleme bei Trinkern/Trinkerinnen mit schädlichem und gefährlichem Trinkverhalten zu reduzieren, untersucht.</p>	<p>Zusammenfassung unterschiedlicher (Kurz)Interventionen (alcohol brief interventions; Evidenz aus einer syst. Übersichtsarbeit): Gruppenberatung, verlängerte Kurzintervention, Verhaltensberatung, Gesundheitsberatung, Informationsmaterialien, Beratungsanrufe, Feedback.</p> <p>Dauer, Intensität: unterschiedlich Zielgruppe: Erwachsene und junge Leute Durchführende Berufsgruppe: Allgemeinmediziner/in, Krankenpflegepersonal Setting: Primärversorgung</p>	<p>Unterschiedliche Interventionen werden nicht getrennt betrachtet. Diese werden zusammengefasst dargestellt.</p> <p>Insgesamt zeigen sich keine überwiegenden Vorteile von Kurzinterventionen oder weiterführenden persönlichen Interventionen im Vergleich zu Alkoholscreening und minimale Beratung.</p>

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 7.1: Seite 3 von 3

Studie	Beschreibung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen	Ergebnis
<p>Morton et al. (2014)</p> <p>Rezente, systematische Übersichtsarbeit, die die Effektivität von motivierender Gesprächsführung zur Verhaltensänderung im Setting Primärversorgung für unterschiedliche lebensstilbezogene Handlungsfelder untersucht.</p>	<p>Motivierende Gesprächsführung (Evidenz aus 11 Studien): Unterschiedliche Komponenten und Ausprägungen werden angewandt.</p> <p>Dauer, Intensität: unterschiedlich</p> <p>Zielgruppe: Erwachsene (ab 18 Jahre)</p> <p>Durchführende Berufsgruppe: niedergelassener Arzt/Ärztin, Apotheker/in</p> <p>Setting: Primärversorgung</p>	<p>Ein Teil der inkludierten Studien (6 von 11 Studien) berichtet positive Effekte der motivierenden Gesprächsführung hinsichtlich Alkoholkonsum.</p> <p>Die Autoren kommen trotzdem zu dem Schluss, dass motivierende Gesprächsführung (bzw. Teilkomponenten) eine effektive Intervention im Setting Primärversorgung ist, um Verhaltensänderungen in Bezug auf Alkohol zu initiieren.</p> <p>Angemerkt wird, dass tlw. unzureichende Angaben sowie Variationen in und zwischen den Studien hinsichtlich der angewandten Techniken der motivierenden Gesprächsführung vorliegen.</p>

Darstellung: GÖG

Tabelle 7.2:
Evidenztabelle über identifizierte Übersichtsarbeiten zu Rauchen

Studie	Beschreibung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen	Ergebnis
<p>Bazian for NICE (2012): Umfangreiche, qualitativ hochwertige Übersichtsarbeit, die verschiedene NICE-Leitlinien und zugrundeliegende Übersichtsarbeiten und Primärstudien zusammenfasst. Präsentiert werden individuelle, effektive Verhaltensänderungsmaßnahmen für verschiedene lebensstilbezogene Handlungsfelder.</p>	<p>Kurzinterventionen (brief interventions; Evidenz aus 7 syst. Übersichtsarbeiten) enthalten eine oder mehrere der folgenden Aktivitäten: einfache, opportunistische Beratung, Überprüfung des persönlichen Engagements des Patienten / der Patientin, Angebot einer Pharmakotherapie und/oder verhaltensorientierte Unterstützung, zur Verfügung Stellen von Selbsthilfe-Informationsmaterial, Weiterleitung an intensivierte Unterstützungsleistungen/Services Dauer: 5–10 Min Zielgruppe: Erwachsene Raucher Durchführende Berufsgruppe: Hausarzt, Krankenschwester Setting: niedergelassenes Setting</p>	<p>Effektiv hinsichtlich Raucherentwöhnung</p> <p>Unklarer Effekt hinsichtlich opportunistischer Raucherberatung durch Krankenpflege</p>
	<p>Individuelle Verhaltensberatung (individual behavioural counselling; Evidenz aus 1 syst. Übersichtsarbeit, 1 Meta-Analyse) Dauer: k. A. Zielgruppe: Erwachsene Raucher am Arbeitsplatz Durchführende Berufsgruppe: k. A. Setting: Arbeitsplatz</p>	<p>Effektiv hinsichtlich der Unterstützung bei der Raucherentwöhnung</p> <p>Unklarer Effekt hinsichtlich motivierender Gesprächsführung</p>
	<p>Verhaltensberatung in der Gruppe (group behaviour therapy; Evidenz aus 1 syst. Übersichtsarbeit, 1 Meta-Analyse) Dauer: k. A. Zielgruppe: Erwachsene Raucher Durchführende Berufsgruppe: K. A. Setting: K. A.</p>	<p>Effektiv hinsichtlich Raucherentwöhnung</p> <p>Verhaltensberatung in der Gruppe war effektiver als Selbsthilfeprogramme oder keine Intervention.</p>

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 7.2: Seite 2 von 3

Studie	Beschreibung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen	Ergebnis
	<p>Informationsmaterialien zur Selbsthilfe (self-help materials; Evidenz aus 2 syst. Übersichtsarbeit, 1 Meta-Analyse) Zielgruppe: Erwachsene Raucher Durchführende Berufsgruppe: K. A. Setting: K. A.</p>	<p>Informationsmaterialien zur Selbsthilfe sind im Vergleich zu keiner Intervention effektiv, um die Raucherentwöhnungsrate zu erhöhen. Im Vergleich zu anderen Interventionen zur Raucherentwöhnung sind Selbsthilfe-Materialien weniger effektiv und weisen keinen Zusatznutzen auf, wenn sie zusätzlich zu einer persönlichen Gesundheitsberatung oder zu einer Nikotin-Ersatztherapie angewandt werden.</p>
	<p>Raucher-Beratungsservices/-telefon (telephone counselling and guidelines, Evidenz aus 1 syst. Übersichtsarbeit) Durchführung erfolgt proaktiv (Berater bietet Unterstützung bei Raucherentwöhnungsversuch sowie zur Vermeidung eines Rückfalls durch Telefonanrufe; zusätzliche Unterstützung zu einer persönlichen Beratung bzw. Selbsthilfe-Intervention) oder reaktiv (betroffene Person bzw. deren Familie/Freunde rufen ein entsprechenden Raucher-Beratungsservice an) Zielgruppe: Erwachsene Raucher, deren Familie und Freunde Durchführende Berufsgruppe: K. A. Setting: K. A.</p>	<p>Proaktive Raucher-Beratungsservices haben positive Effekte hinsichtlich der Raucherentwöhnungsrate versus weniger intensive Interventionen (nicht näher beschrieben).</p>
	<p>Interventionen für schwangere Frauen (Evidenz aus 1 syst. Übersichtsarbeit, 4 Primärstudien aus UK) Zielgruppe: Rauchende Schwangere Durchführende Berufsgruppe: K. A. Setting: K. A.</p>	<p>Kognitive Verhaltenstherapie, motivierende Gesprächsführung, strukturierte Selbsthilfe sowie Unterstützung durch spezialisierte Serviceleistungen sind hinsichtlich der Raucherentwöhnung schwangerer Frauen effektiv.</p>

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 7.2: Seite 3 von 3

Studie	Beschreibung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen	Ergebnis
<p>Lindson-Hawley et al. (2015): Aktuelle, umfangreiche und qualitativ hochwertige systematische Cochrane-Übersichtsarbeit sowie Meta-Analyse hinsichtlich motivierender Gesprächsführung zur Unterstützung bei der Raucherentwöhnung</p>	<p>Motivierende Gesprächsführung Intensität und Dauer: eine bis sechs Sitzungen insg., Dauer pro Sitzung zwischen 10 und 60 Min. Zielgruppe: erwachsene Raucher Durchführende Berufsgruppe: niedergelassene Ärzte, Ärzte im Krankenhaus, Krankenschwestern, Berater Setting: keine Einschränkung (jedoch Ausschluss von Schwangeren und Jugendlichen Rauchern)</p>	<p>Motivierende Gesprächsführung zeigt leicht positive Effekte im Vergleich zu kurzer Gesundheitsberatung (brief advice) bzw. üblicher Versorgung in Bezug auf Raucherentwöhnung. Bei Gesprächsführung durch einen/eine Allgemeinmediziner/in im Hausarztsetting zeigen sich höhere Erfolgsraten. Kürzere Sitzungen (< 20 Min.) sind effektiver als längere Sitzungen. Die Evidenz bzgl. der optimalen Anzahl an Sitzungen und Follow-Ups liefert unklare Ergebnisse.</p>
<p>Rice et al. (2013): Umfangreiche und qualitativ hochwertige systematische Cochrane-Übersichtsarbeit und Meta-Analyse. Untersucht werden verschiedene Verhaltensinterventionen, die von Krankenpflegepersonal durchgeführt werden, mit dem Ziel, erwachsene Raucher/innen bei der Raucherentwöhnung zu unterstützen.</p>	<p>Nursing interventions: umfassen verschiedene Formen der Gesundheitsberatung (advice, brief advice, counselling) Dauer und Intensität: Unterteilung in hohe (erste Sitzung 10 Min., zusätzliche Materialien/Strategien, > 1 Follow-up-Sitzung) und niedrige (1 Sitzung, 10 Min.) Intensität Zielgruppe: erwachsene Raucher/innen (ab 18 Jahre) Durchführende Berufsgruppe: Krankenpflegepersonal Setting: keine Einschränkung (jedoch Ausschluss von Schwangeren und jugendlichen Rauchern/Raucherinnen)</p>	<p>Gesundheitsberatung durch Krankenpflegepersonal zeigt vor allem im Krankenhaussetting Effekte bei der Raucherentwöhnung. Wird Gesundheitsberatung bei einer Vorsorgeuntersuchung durch Krankenpflegepersonal durchgeführt, zeigen sich ebenfalls Effekte auf die Raucherentwöhnung, jedoch dürften diese weniger stark ausgeprägt sein. Je kürzer bzw. weniger intensiv die Intervention ist, desto geringer ist der Effekt. Der Effekt der Intervention ist geringer, wenn das durchführende Krankenpflegepersonal nicht auf Gesundheitsförderung oder Raucherentwöhnung spezialisiert ist.</p>

*inkl. Weiterleitung zu spezialisierten Rauch-Stopp-Services

Darstellung: GÖG

Tabelle 7.3:
Evidenztabelle über identifizierte Übersichtsarbeiten zu psychosozialer Gesundheit und Depression

Studie	Beschreibung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen	Ergebnis
<p>Fernandez et al. (2015): Qualitativ hochwertige Übersichtsarbeit: Untersucht wird die Effektivität von Interventionen zur Förderung und Verbesserung der mentalen Gesundheit erwachsener Patienten in der Primärversorgung</p>	<p>Gesundheitsbildung / Gesundheitserziehung durch Hausbesuche von Krankenpflegepersonal (PRECEDE health education planning model; Evidenz aus 1 RCT) Dauer: 1 mal pro Monat für 22 Monate Zielgruppe: ältere Personen mit Einschränkungen in den USA Durchführende Berufsgruppe: Krankenschwestern Setting: niedergelassenes Setting</p>	<p>Keine langfristigen Verbesserungen der mentalen Gesundheit messbar.</p>
	<p>Trainingsprogramm für Hausärzte zu Interventionen zur Förderung der mentalen Gesundheit (Evidenz aus 1 RCT; lösungsorientierte kognitive Therapie, Motivation und Engagement in der Familie) Dauer: 3 Sitzungen Zielgruppe: Eltern von Kindern mit Verhaltensproblemen Durchführende Berufsgruppe: Hausarzt Setting: niedergelassenes Setting</p>	<p>Bei Eltern, die von geschulten Hausärzten/-ärztinnen betreut wurden, konnte nach 6 Monaten eine geringfügige Verbesserung ihrer mentalen Gesundheit festgestellt werden.</p>
	<p>Hausbesuche durch Krankenschwester (Webster-Stratton Parents and Children Series; Evidenz aus 1 RCT; Videoaufzeichnungen von Eltern-Kind Interaktionen, Gruppendiskussion, Rollenspiele, Probe von unterschiedlichen Techniken) Dauer: 1 mal pro Woche für 10 Wochen (jeweils 2 Stunden) Zielgruppe: Eltern von Kindern mit Verhaltensproblemen Durchführende Berufsgruppe: Krankenschwester Setting: niedergelassenes Setting</p>	<p>Keine Verbesserung der mentalen Gesundheit nach 6 Monaten messbar.</p>
<p>Gilbody et al. (2003): Qualitativ hochwertige systematische Übersichtsarbeit: Untersucht wird die Effektivität von organisatorischen und pädagogischen Interventionen zur Verbesserung der Handhabung von Depressionen in der Primärversorgung</p>	<p>Unterschiedliche organisatorische und pädagogische Interventionen (Evidenz aus 21 Studien): Einsatz multidisziplinärer Teams (collaborative care, Sicherstellung der Kontinuität der Versorgung / Pflege (case management), Informationsweitergabe und Gesundheitsbildung / Gesundheitserziehung durch Pharmazeuten, Implementierung von Leitlinien (guidelines implementation strategies), Gesundheitsbildung / Gesundheitserziehung / pädagogische Strategien (educational strategies), Rollenerweiterung der Fachexperten, Ausbildung der Fachexperten Dauer: unterschiedlich Zielgruppe: unterschiedlich Durchführende Berufsgruppe: Hausarzt/-ärztin, Krankenpflege, Pharmazeuten / Pharmazeutinnen, Psychotherapeuten/-therapeutinnen, Psychiater/innen (unterschiedlich je nach Intervention) Setting: niedergelassene Praxen</p>	<p>Interventionen, die patientenrelevante Endpunkte verbessern, sind komplexe Interventionen und umfassen integrierte klinische Ausbildung, Rollenstärkung der Krankenpflege (nurse case management), bessere Integration und Zusammenarbeit zwischen Primär- und Sekundärversorgung. Telefonische Medikamentenberatung, durchgeführt von Krankenpflegekräften oder geschulten Beratern/Beraterinnen, zeigen ebenfalls Effekte. Das Implementieren von Leitlinien sowie pädagogische Strategien zeigen keine Effekte.</p>

Darstellung: GÖG

Tabelle 7.4:
Evidenztabelle über identifizierte Übersichtsarbeiten zu körperlicher Aktivität

Studie	Beschreibung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen	Ergebnis
<p>Bazian for NICE (2012): Umfangreiche, qualitativ hochwertige Übersichtsarbeit, die verschiedene NICE-Leitlinien und zugrundeliegende Übersichtsarbeiten und Primärstudien zusammenfasst. Präsentiert werden individuelle, effektive Verhaltensänderungsmaßnahmen für verschiedene lebensstilbezogene Handlungsfelder.</p>	<p>Kurzinterventionen (brief interventions; Evidenz aus 11 Primärstudien): kurze Gesundheitsberatung (verbal, schriftlich) alleine sowie in Kombination mit motivierender Gesprächsführung, Folgeanrufe durch einen Spezialisten, Bewegungsplan Dauer, Intensität: unterschiedlich Zielgruppe: Erwachsene Durchführende Berufsgruppe: K. A. Setting: Primärversorgung</p>	<p>6 von 11 Studien zeigen signifikante Verbesserungen der körperlichen Aktivität bei Personen mittleren Alters sowie älteren Populationen – vor allem kurzfristig (6–12 Wochen) –, sowie einen eingeschränkten Effekt mittel- (>12 Wochen) bzw. langfristig (> 1 Jahr).</p>
	<p>Interventionen zur Erhöhung der körperlichen Aktivität älterer Personen (subgroup older people; Evidenz aus 2 syst. Übersichtsarbeiten): Interventionen der Gesundheitsbildung / Gesundheitserziehung zu Hause oder in der Gruppe (educational physical activity interventions), Kurzinterventionen (siehe oben) Dauer, Intensität: unterschiedlich Zielgruppe: ältere Personen Durchführende Berufsgruppe: K. A. Setting: K. A.</p>	<p>Schmale Effekte von Gesundheitsbildungs- bzw. Erziehungsinterventionen zu Hause oder in der Gruppe zur Erhöhung der körperlichen Aktivität bei älteren Personen</p>
	<p>Bewegungsempfehlungen (exercise referral; Evidenz aus 4 RCT): keine nähere Beschreibung der Intervention Dauer, Intensität: unterschiedlich Zielgruppe: K. A. Durchführende Berufsgruppe: K. A. Setting: K. A.</p>	<p>Kurzfristig (6–12 Wochen) zeigen sich Effekte hinsichtlich körperliche Bewegung durch Bewegungsempfehlungen, darüber hinausgehend (>12 Wochen, >1 Jahr) bestehen keine Effekte.</p>

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 7.4: Seite 2 von 5

Studie	Beschreibung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen	Ergebnis
	<p>Kurze motivierende Gesprächsführung, Gesundheitsberatung (Evidenz aus 2 syst. Übersichtsarbeiten) Dauer, Intensität: K. A. Zielgruppe: K. A. Durchführende Berufsgruppe: K. A. Setting: K. A.</p>	<p>Unklare Evidenz hinsichtlich der Effekte von kurzer motivierender Gesprächsführung sowie Gesundheitsberatung zur Erhöhung der körperlichen Aktivität</p>
<p>Morton et al. (2014) Rezente, systematische Übersichtsarbeit, die die Effektivität von motivierender Gesprächsführung zur Verhaltensänderung im Setting Primärversorgung für unterschiedliche lebensstilbezogene Handlungsfelder untersucht.</p>	<p>Motivierende Gesprächsführung (Evidenz aus 22 Studien): Unterschiedliche Komponenten und Ausprägungen werden angewandt (z. B. mehrere Sitzungen, Folgeanrufe, Kurzberatung; tw. ist motivierende Gesprächsführung ein Teil von mehreren Interventionen wie Gesundheitsgutscheine, Walking-Gruppen, Teamaktivitäten) Dauer, Intensität: unterschiedlich Zielgruppe: Erwachsene (ab 18 Jahre) Durchführende Berufsgruppe: niedergelassener Arzt/Ärztin, Apotheker/in Setting: Primärversorgung</p>	<p>Ein Teil der inkludierten Studien (11 von 22 Studien) berichtet positive Effekte der motivierenden Gesprächsführung hinsichtlich der Endpunkte der körperlichen Aktivität.</p> <p>Die Autoren kommen trotzdem zu dem Schluss, dass motivierende Gesprächsführung (bzw. Teilkomponenten) eine effektive Intervention im Setting Primärversorgung sein kann, um Verhaltensänderungen in Bezug auf körperlicher Bewegung zu initiieren.</p> <p>Angemerkt wird, dass tw. unzureichende Angaben sowie Variationen in und zwischen den Studien hinsichtlich der angewandten Techniken der motivierenden Gesprächsführung vorliegen bzw. motivierende Gesprächsführung neben weiteren Interventionen angewandt wurde.</p>

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 7.4: Seite 3 von 5

Studie	Beschreibung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen	Ergebnis
<p>Orron et al. (2012) Rezente, systematische Übersichtsarbeit und Meta-Analyse. Ziel ist die Untersuchung langfristiger Effekte (> 12 Monate) von Interventionen zur Erhöhung der körperlichen Aktivität/Fitness bei erwachsenen Personen, die hauptsächlich sitzende Tätigkeiten verrichten.</p>	<p>Unterschiedliche Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität (Evidenz aus 15 Studien): Gesundheitsberatung (persönlich, telefonisch), Weiterleitung zu Freizeitprogrammen in der Gemeinde, Informationsmaterialien, motivierende Gesprächsführung</p> <p>Dauer, Intensität: unterschiedlich</p> <p>Zielgruppe: Erwachsene (ab 16 Jahre), die hauptsächlich sitzende Tätigkeiten verrichten</p> <p>Durchführende Berufsgruppe: Gesundheitsexperten (Allgemeinmediziner, Krankenschwestern, Physiotherapeuten, Gesundheitsberater/innen (health educators, health counsellors), aufsuchende Gesundheitsberater (health visitors), Gesundheitsförderungsexperten/-expertinnen (health promotion specialists), ausgebildete Coaches (trained facilitator)</p> <p>Setting: Primärversorgung (hauptsächlich), Sporteinrichtungen, zu Hause</p>	<p>In 13 Studien wurden kleine bis mittlere Effekte durch verschiedene, zusammengefasste Bewegungsinterventionen nach 12 Monaten von den Patientinnen/Patienten selbst berichtet.</p> <p>Keine signifikanten Verbesserungen der selbstberichteten körperlichen Aktivität nach 12 Monaten durch Weiterleitung zu Bewegungsinterventionen (z. B. Freizeitprogrammen in der Gemeinde) (3 RCTs).</p> <p>Unzureichende Evidenz, um Aussagen zu Effekten der Gesundheitsberatung machen zu können.</p>

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 7.4: Seite 4 von 5

Studie	Beschreibung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen	Ergebnis
<p>Denison et al. (2014) Rezente, systematische Übersichtsarbeit, die die Weiterleitung zu organisierten Bewegungsinterventionen zur Erhöhung der körperlichen Aktivität in der Primärversorgung bzw. im Setting Gemeinde untersucht</p>	<p>Weiterleitung zu organisierten Bewegungsinterventionen für 10 bis 14 Wochen (organised follow-up) (Evidenz aus 14 RCT): Weiterleitung zu betreuten Gruppenaktivitäten zur körperlichen Bewegung, Weiterleitung zu lokalen Ressourcen in der Gemeinde mit Follow-up sowie selbstorganisierte Aktivitäten zur körperlichen Bewegung mit Follow-up.</p> <p>Dauer, Intensität: 10–12 Wochen, 1 bis 4 Stunden bzw. 20 bis 36 bei betreuten Gruppenaktivitäten Zielgruppe: Erwachsene (ab 18 Jahre) mit geringer körperlicher Aktivität oder erhöhtem Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes II Durchführende Berufsgruppe: Gesundheitsexperten Setting: Primärversorgung, Gemeinde</p>	<p>Generell kann für den Großteil der Endpunkte keine Verbesserungen der körperlichen Aktivität durch die Weiterleitung zu organisierten Bewegungsinterventionen festgestellt werden.</p> <p>Im Detail zeigt sich, dass selbstorganisierte Aktivitäten zur körperlichen Bewegung im Vergleich zu Gesundheitsberatung bzw. keiner Intervention nur für einige Endpunkte Verbesserungen zeigten (z. B. Schrittzahl pro Tag, Aktivitätsgrad, Minuten der körperlichen Bewegung pro Woche).</p> <p>Die Weiterleitung zu lokalen Ressourcen in der Gemeinde zeigt im Vergleich zu Gesundheitsberatung Verbesserungen einiger Endpunkte (z. B. Anzahl der Patienten/Patientinnen, die sich mind. 90 Minuten/Woche körperlich betätigen, Aktivitätsgrad, Energieverbrauch). Für den Großteil der Endpunkte konnten keine Verbesserungen identifiziert werden.</p> <p>Die Aussagekraft der Ergebnisse ist eingeschränkt, da das Vertrauen in die Studienergebnisse von den Autoren als sehr gering bzw. gering eingestuft wurde.</p>

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 7.4: Seite 5 von 5

Studie	Beschreibung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen	Ergebnis
<p>Pavey et al. 2011 Rezente, systematische Übersichtsarbeit und Meta-Analyse, die die Weiterleitung zu organisierten Bewegungsinterventionen zur Erhöhung der körperlichen Aktivität untersucht. Die Patienten/Patientinnen wurden dabei vom Allgemeinmediziner / von der Allgemeinmedizinerin (oder von einem anderen Mitglied des Primärversorgungsteams) weitergeleitet (exercise referral schemes).</p>	<p>Weiterleitung zu Bewegungsinterventionen zur körperlichen Aktivität (exercise referral schemes; Evidenz aus 8 RCTs in 13 Publikationen): Vergleiche zwischen Weiterleitung zu Bewegungsinterventionen versus üblicher Versorgung, Weiterleitung zu Bewegungsinterventionen versus andere Interventionen zur körperlichen Aktivität (z. B. Walking-Programme), Weiterleitung zu Bewegungsinterventionen versus Weiterleitung zu Bewegungsinterventionen inkl. Interventionen zur Verhaltensänderung Dauer: unterschiedliche Dauer zw. 8 Wochen und 1 Jahr, unterschiedliche Intensität Zielgruppe: keine Einschränkungen Durchführende Berufsgruppe: Allgemeinmediziner/in (od. anderes Mitglied des Primärversorgungsteams) Setting: Primärversorgung</p>	<p>Bei Vergleich der Weiterleitung zu Bewegungsinterventionen mit der üblichen Versorgung zeigen sich kurzfristige, schwache Verbesserungen der körperlichen Aktivität sowie eine Reduktion von depressiven Zuständen (i.d.R. Freizeitprogramme mit einer Dauer von 10–12 Wochen). Keine Auswirkungen zeigen sich für die Endpunkte physikalische Fitness, psychologisches Wohlbefinden, Lebensqualität, Blutdruck, Blutfettwerte, Übergewicht, Blutzucker oder respiratorische Funktionen. Keine Unterschiede hinsichtlich körperlicher Aktivität bei Vergleich von Weiterleitung zu Bewegungsinterventionen versus andere Interventionen zur körperlichen Aktivität sowie bei Vergleich von Weiterleitung zu Bewegungsinterventionen versus Weiterleitung zu Bewegungsinterventionen inkl. Interventionen zur Verhaltensänderung.</p>
<p>Hinrichs et al. 2012 Systematische Übersichtsarbeit, die nur systematische Übersichtsarbeiten inkludiert, um die Wirksamkeit von Gesundheitsberatung durch den Allgemeinmediziner / die Allgemeinmedizinerin zur Erhöhung körperlicher Aktivität bei älteren Personen zu untersuchen</p>	<p>Gesundheitsberatung, Gesundheitsbildung/Gesundheitserziehung, Gesundheitsinformation (Evidenz aus 3 systematische Übersichtsarbeiten und 3 narrative Zusammenfassungen) Dauer: K. A. Zielgruppe: ältere Personen (In den eingeschlossenen Studien zeigt sich jedoch, dass die Zielgruppen tw. aus Erwachsenen ab 18 Jahren besteht.) Durchführende Berufsgruppe: Allgemeinmediziner/in Setting: Primärversorgung</p>	<p>Widersprüchliche Ergebnisse hinsichtlich der Effektivität von Gesundheitsberatung zur Erhöhung der körperlichen Aktivität bei älteren Personen. Die Autoren schlussfolgern, dass zur Erhöhung der Effektivität Strategien zur Verhaltensänderung integriert werden sollten und spezialisiertes Fachpersonal beigezogen werden sollte.</p>

GÖG: eigene Darstellung 2016

Tabelle 7.5:
Evidenztabelle über identifizierte Übersichtsarbeiten zu gesunder Ernährung

Studie	Beschreibung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen	Ergebnis
<p>Bazian for NICE (2012): Umfangreiche, qualitativ hochwertige Übersichtsarbeit, die verschiedene NICE-Leitlinien und zugrundeliegende Übersichtsarbeiten und Primärstudien zusammenfasst. Präsentiert werden individuelle, effektive Verhaltensänderungsmaßnahmen für verschiedene lebensstilbezogene Handlungsfelder.</p>	<p>Ernährungsberatung (nutritional counselling; Evidenz aus 1 systematischen Übersichtsarbeit) Dauer, Intensität: K. A. Zielgruppe: Personen in der Primärversorgung Durchführende Berufsgruppe: K. A. Setting: Primärversorgung</p>	<p>Durch Ernährungsberatung von Personen in der Primärversorgung zeigen sich positive Effekte hinsichtlich der Verbesserung der Essgewohnheiten (Reduktion Fettaufnahme, Erhöhung des Konsums von Früchten, Gemüse und Ballaststoffen). Keine detaillierte Beschreibung der einzelnen Interventionen.</p>
	<p>Ernährungsbezogene Lebensstil-Interventionen zur Verbesserung des Diabetes-Risikos / des Krankheitsverlaufs (dietary lifestyle interventions; Evidenz aus 1 Meta-Analyse) Dauer, Intensität: K. A. Zielgruppe: Personen mit verminderter Glukosetoleranz Durchführende Berufsgruppe: K. A. Setting: Primärversorgung</p>	<p>Personen mit verminderter Glukosetoleranz profitieren von ernährungsbezogenen Lebensstilinterventionen alleine sowie in Kombination mit Bewegungsinterventionen hinsichtlich des Diabetes-Krankheitsverlaufs.</p>

Fortsetzung nächste Seite

Studie	Beschreibung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen	Ergebnis
	<p>Ernährungsbezogene Lebensstilinterventionen zur Diabetes Typ 2 Prävention (dietary lifestyle interventions; Evidenz aus 4 systematischen Übersichtsarbeiten und 2 nicht-systematischen Übersichtsarbeiten) Dauer, Intensität: K. A. Zielgruppe: gesunde Personen Durchführende Berufsgruppe: K. A. Setting: Primärversorgung</p>	<p>Ernährungsbezogene Lebensstilinterventionen können bei der Prävention von Diabetes Typ 2 unterstützen (Empfehlungen hinsichtlich Ernährungsveränderungen wie Reduktion der Fettaufnahme, Reduktion der Energieaufnahme, Anpassung der Portionsgrößen, Erhöhung der Aufnahme von Ballaststoffen, Früchten, Gemüse). Um eine ernährungsbezogene Verhaltensänderung zu erzielen, haben sich Zielerreichung durch kleine Schritte, Lernmöglichkeiten durch Beobachtung und Nachempfindung sowie die Identifizierung von Barrieren und Lösungsmöglichkeiten als positiv unterstützend erwiesen. Qualität der betrachteten Studien wird tw. nicht detailliert berichtet.</p>
	<p>Ernährungsbezogene Lebensstilinterventionen für die Zielgruppe der Schwangeren/Mütter (dietary lifestyle interventions: Gesundheitsbildung / Gesundheitserziehung und Beratung (health education, counselling); Evidenz aus einer systematischen Übersichtsarbeit und 2 RCTs) Dauer, Intensität: K. A. Zielgruppe: Schwangere/Mütter Durchführende Berufsgruppe: K. A. Setting: Primärversorgung</p>	<p>Die Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit von Gesundheitsbildung / Gesundheitserziehung und Beratung von Schwangeren, sich gesund zu ernähren, ist unklar. Programme zur Gewichtsreduktion nach der Geburt zeigen positive Effekte, wenn Ernährungs- und Bewegungsinterventionen kombiniert werden, Strategien zur Verhaltensänderungen inkludiert werden, Interventionen an individuelle/gruppenspezifische Anforderungen angepasst werden, tw. in Gruppen mit Informationsmaterialien durchgeführt werden, nachhaltige, weiterführende Unterstützung angeboten wird, Ansprechpersonen verfügbar sind und das Programm über einen ausreichend langen Zeitraum läuft, um Veränderungen umzusetzen.</p>

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 7.5: Seite 3 von 3

Studie	Beschreibung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen	Ergebnis
<p>Maderuelo-Fernandez et al. (2015) Rezente, systematische Übersichtsarbeit, die die Effektivität von ernährungsbezogener Gesundheitsbildung/Gesundheitserziehung und Gesundheitsberatung zur Verhaltensänderung im Setting Primärversorgung untersucht</p> <p>Morton et al. (2014) Rezente, systematische Übersichtsarbeit, die die Effektivität von motivierender Gesprächsführung zur Verhaltensänderung im Setting Primärversorgung für unterschiedliche lebensstilbezogene Handlungsfelder untersucht</p>	<p>Ernährungsbezogene Gesundheitsbildung / Gesundheitserziehung und -beratung (individuell bzw. in Gruppen; counseling and educational interventions: Evidenz aus 1 systematischen Übersichtsarbeit mit 14 RCT) Dauer, Intensität: unterschiedliche Variationen und Ausführungen (ein bis zwei Mail pro Woche, individuell bzw. in Gruppen, persönlich oder per Telefon/E-Mail, Zeitraum bis zu 2 Jahre) Zielgruppe: Erwachsene Durchführende Berufsgruppe: Allgemeinmediziner/in, ausgebildetes Fachpersonal Setting: Primärversorgung</p> <p>Motivierende Gesprächsführung (Evidenz aus 1 systematischen Übersichtsarbeit mit 9 Studien): unterschiedliche Komponenten und Ausprägungen werden angewandt (z. B. mehrere Sitzungen, Folgeanrufe, Kurzberatung; Tw. ist motivierende Gesprächsführung ein Teil von mehreren Interventionen) Dauer, Intensität: unterschiedlich Zielgruppe: Erwachsene (ab 18 Jahre) Durchführende Berufsgruppe: niedergelassene/r Ärztin/Arzt, Apotheker/in Setting: Primärversorgung</p>	<p>Durch diverse ernährungsbezogene Interventionen zur Gesundheitsbildung/Gesundheitserziehung und Gesundheitsberatung konnten die Essgewohnheiten (moderate Erhöhung der Aufnahme von Ballaststoffen, Früchten, Gemüse) sowie die Einhaltung einer mediterranen Ernährungsweise verbessert werden. Gleichzeitig wurde eine Reduktion der Fettaufnahme erzielt.</p> <p>Nur drei von 9 inkludierten Studien berichten positive Effekte der motivierenden Gesprächsführung hinsichtlich der Veränderung des Essverhaltens.</p> <p>Die Autoren kommen trotzdem zu dem Schluss, dass motivierende Gesprächsführung (bzw. Teilkomponenten) eine effektive Intervention im Setting Primärversorgung sein kann, um Verhaltensänderungen in Bezug auf das Essverhalten zu initiieren.</p> <p>Angemerkt wird, dass tw. unzureichende Angaben sowie Variationen in und zwischen den Studien hinsichtlich der angewandten Techniken der motivierenden Gesprächsführung vorliegen bzw. motivierende Gesprächsführung neben weiteren Interventionen angewandt wurde.</p>

GÖG: eigene Darstellung 2016

Tabelle 7.6:

Evidenztabelle über identifizierte Übersichtsarbeiten zu riskantem Sexualverhalten und sexuellen Erkrankungen

Studie	Beschreibung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen	Ergebnis
<p>Bazian for NICE (2012): Umfangreiche, qualitativ hochwertige Übersichtsarbeit, die verschiedene NICE-Leitlinien und zugrundeliegende Übersichtsarbeiten und Primärstudien zusammenfasst. Präsentiert werden individuelle, effektive Verhaltensänderungsmaßnahmen für verschiedene lebensstilbezogene Handlungsfelder.</p>	<p>Gesundheitsberatung zur Reduktion von Schwangerschaften und zur erhöhten Benützung von Verhütungsmitteln (one-to-one sexual health advice; Evidenz aus einer systematischen Übersichtsarbeit mit 9 RCT und einer kontrollierte Studie). Dauer, Intensität: K. A. Zielgruppe: Jugendliche unter 18 Jahre Durchführende Berufsgruppe: K. A. Setting: Primärversorgung:</p>	<p>Die Studien berichten von einer Reduktion von Schwangerschaften und/oder einer vermehrten Benützung von Verhütungsmitteln (orale Empfängnisverhütungsmittel, Notfall-Empfängnisverhütung, Kondome) nach Gesundheitsberatung von Jugendlichen unter 18 Jahren.</p>
	<p>Strukturierte Gespräche/Diskussionen zur Prävention von sexuell übertragbaren Erkrankungen (inkl. HIV) und zum vermehrten Benützen von Kondomen (one-to-one structured discussions; Evidenz aus einer systematischen Übersichtsarbeit mit RCT) Dauer, Intensität: K. A. Zielgruppe: Erwachsene (inkl. homosexuelle Männer), Jugendliche unter 18 Jahre Durchführende Berufsgruppe: Setting: Primärversorgung:</p>	<p>Studien zeigen eine signifikante Reduktion von sexuell übertragbaren Erkrankungen bei heterosexuellen Erwachsenen, eine nicht signifikante Reduktion von HIV-Infektionen bei homosexuellen Männern sowie eine marginal vermehrte Benützung von Kondomen durch strukturierte Gespräche/Diskussionen.</p>
	<p>Partnertherapie inkl. div. Unterstützungsleistungen (partner therapy plus support; Evidenz aus 1 systematischen Übersichtsarbeit mit 6 RCT) Dauer, Intensität: K. A. Zielgruppe: Patienten/Patientinnen mit einer sexuell übertragbaren Erkrankung und deren Partner/in Durchführende Berufsgruppe: K. A. Setting: Primärversorgung:</p>	<p>Bestehende oder wiederkehrende Infektionen bei Frauen und Männern mit Gonorrhö oder Chlamydien können durch patientenzentrierte Partnertherapie inkl. weiterführender Informationen reduziert werden.</p>

Darstellung: GÖG

Tabelle 7.7:

Evidenztabelle über identifizierte Übersichtsarbeiten zu kombinierten lebensstilbezogenen Handlungsfeldern

Studie	Beschreibung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen	Ergebnis
<p>Bazian for NICE (2012): Umfangreiche, qualitativ hochwertige Übersichtsarbeit, die verschiedene NICE-Leitlinien und zugrundeliegende Übersichtsarbeiten und Primärstudien zusammenfasst. Präsentiert werden individuelle, effektive Verhaltensänderungsmaßnahmen für verschiedene lebensstilbezogene Handlungsfelder.</p>	<p>Ernährungs- und Bewegungsinterventionen (diet and physical activity combined; Evidenz aus 1 Meta-Analyse sowie 4 RCT) Dauer, Intensität: K. A. Zielgruppe: Personen mit einer beeinträchtigten Glukose-Toleranz, Personen mit einem erhöhten Risiko für Diabetes Typ II, Frauen nach einer Schwangerschaft Durchführende Berufsgruppe: K. A. Setting: Primärversorgung</p>	<p>Durch kombinierte Ernährungs- und Bewegungsinterventionen kann das Fortschreiten von Diabetes bei Personen mit einer beeinträchtigten Glukose-Toleranz reduziert werden. Entsprechende Interventionen zur Verhaltensänderung sind effektiv, wenn schriftliche Informationen mit persönlicher Beratung kombiniert werden, Selbstbeobachtung gefördert wird (z. B. Protokollierung von körperlicher Bewegung, Ernährung, Gewichtsveränderung). Weitere notwendige Kriterien sind schrittweise Erhöhung des Ausmaßes an körperlicher Aktivität, Unterstützung durch direkte Supervision, regelmäßiges Setzen von Zielen, soziale Unterstützung, Umsetzen von selbstregulierenden Verhaltensänderungstechniken (z. B. Zielsetzung, Selbstkontrolle), Anwenden der motivierenden Gesprächsführung sowie kurze Gesundheitsberatung (inkl. Zielsetzungen, Zeitplanungstechniken) und Interventionen zur Messung von Schritten.</p> <p>Kombinierte Ernährungs- und Bewegungsinterventionen zeigen positive Effekte hinsichtlich Gewichtsreduktion bei Frauen nach einer Schwangerschaft. Integrierte Programme sind dabei effektiver als alleinige Informationsvermittlung.</p> <p>Generell sind kombinierte Ernährungs- und Bewegungsinterventionen effektiver als Einzelinterventionen.</p>

Darstellung: GÖG

8 Anhang 2 Methoden

Das Projekt sah eine Methodentriangulation vor, d. h. es kombiniert unterschiedliche Methoden (systematische Literatursuche, Handsuche, Experteninterviews und eine Fokusgruppe). Die Methoden werden im Folgenden beschrieben.

8.1 Systematische Literatursuche

Zur Identifizierung relevanter Literatur bzgl. lebensstilbezogener Handlungsfelder der Gesundheitsförderung wurde eine systematische Literatursuche in den internationalen Referenzdatenbanken Medline, Cochrane Library, PsychInfo, Cinahl und Dopher durchgeführt. Die Suchstrategien finden sich im Kapitel 8.2.

Dazu wurde je eine Schlagwortgruppe mit Begriffen zur Primärversorgung, zur Gesundheitsförderung, zu eingeschlossenen Ländern (Europäische Union und Schweiz) und eine Schlagwortgruppe mit Begriffen zum Studiendesign (systematische Übersichtsarbeiten, Meta-Analysen) gebildet und diese mit AND verknüpft. Deutsch- und englischsprachige Publikationen ab dem Jahr 2000 wurden berücksichtigt. Diese systematische Literaturrecherche wurde durch eine Handsuche ergänzt (Prüfung relevanter Websites).

Zur Selektion relevanter Studien wurden vorab in Abstimmung mit der Auftraggeberin Selektionskriterien definiert:

Tabelle 8.1:

Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturselektion

Ausschlusskriterien	
Formale Ausschlusskriterien	
A1	Studien, die nicht in deutscher oder englischer Sprache publiziert sind
A2	Duplikate
A3	Studien, die auf Österreich oder vergleichbare Länder nicht übertragbar sind
Thematische Ausschlusskriterien	
A4	Andere Fragestellung
A5	Andere Intervention
A6	Anderes Setting
Publikationstyp/Studiendesign	
A7	Nicht passendes Studiendesign (z. B. In-vitro- oder Tier-Studien, Fallberichte)
A8	Publikationen ohne hinreichende Studienbeschreibung (z. B. Abstracts ohne Studienbeschreibung, „Comments“, „Letters“)
Einschlusskriterien	
Einschlusskriterien	
E1	HTA / systematische Übersichtsarbeiten / Metaanalysen
E2	Hintergrundliteratur
E3	Studien/Guidelines zur Kompetenzentwicklung

Quelle und Darstellung: GÖG

Die systematische Literaturrecherche wurde im März bzw. April 2016 durchgeführt und erzielte in Summe 308 Treffer (dedupliziert innerhalb der Datenbanken). Nach Selektion der Treffer lagen 13 relevante systematische Übersichtsarbeiten zu lebensstilbezogenen Handlungsfeldern vor. Im Rahmen des vorliegenden Berichts wurden diese Studien nicht qualitätsbewertet. Die eingeschlossenen Studien wurden in Evidenztabelle aufbereitet (siehe Anhang 1) und für den Ergebnisteil zu lebensstilbezogenen Handlungsfeldern (siehe Kapitel 2.2) deskriptiv zusammengefasst.

8.2 Suchstrategien

Suchstrategie 1: Gesundheitsförderung in der Primärversorgung

Datenbanken: Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present, PsycINFO 1806 to March Week 2 2016, EBM Reviews – Cochrane Central Register of Controlled Trials February 2016, EBM Reviews – Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 to March 16, 2016, EBM Reviews – Database of Abstracts of Reviews of Effects 1st Quarter 2016, EBM Reviews – Cochrane Methodology Register 3rd Quarter 2012, EBM Reviews – Health Technology Assessment 1st Quarter 2016, EBM Reviews – NHS Economic Evaluation Database 1st Quarter 2016

Tabelle 8.2:
Suchstrategie 1 für Medline und Cochrane Database

Zeilenr.	Schlagwörter/Verkettung	Trefferzahl
1	exp Europe/	1207887
2	"German*".ab,ti.	166201
3	"Austria*".ab,ti.	17057
4	"Swiss*".ab,ti.	31119
5	"Switzerland*".ab,ti.	22423
6	Italy.ab,ti.	55654
7	"Italian*".ab,ti.	54349
8	"Finnish*".ab,ti.	20740
9	"Finland*".ab,ti.	25562
10	"sweden*".ab,ti.	46897
11	"swedish*".ab,ti.	39996
12	exp Netherlands/	57056
13	"Netherland*".ab,ti.	48985
14	"dutch*".ab,ti.	44449
15	"France*".ab,ti.	60450
16	"french*".ab,ti.	103751

Zeilennr.	Schlagwörter/Verkettung	Trefferzahl
17	"polish*".ab,ti.	24515
18	"Poland*".ab,ti.	20648
19	great britain.ab,ti.	8224
20	"british*".ab,ti.	62199
21	United Kingdom.ab,ti.	37501
22	"Scotland*".ab,ti.	17469
23	"Scottish*".ab,ti.	9990
24	"Ireland*".ab,ti.	21615
25	"Irish*".ab,ti.	10062
26	Spain.ab,ti.	50526
27	"spanish*".ab,ti.	68033
28	Norway.ab,ti.	29844
29	"norwegian*".ab,ti.	20230
30	denmark.ab,ti.	25473
31	danish.ab,ti.	26265
32	Portugal.ab,ti.	10021
33	"Portuguese*".ab,ti.	13143
34	"luxembourg*".ab,ti.	986
35	"Liechtenstein*".ab,ti.	275
36	belgium.ab,ti.	15310
37	"belgian*".ab,ti.	9019
38	greece.ab,ti.	14379
39	greek.ab,ti.	15960
40	"Ukrain*".ab,ti.	5787
41	"Sloven*".ab,ti.	3993
42	"Slovak*".ab,ti.	5718
43	"Romania*".ab,ti.	6703
44	"Croatia*".ab,ti.	8166
45	"Bulgaria*".ab,ti.	5513
46	Estonia.ab,ti.	2531
47	"Latvia*".ab,ti.	1462
48	"Lithuania*".ab,ti.	3012
49	"Malta*".ab,ti.	3564
50	"Czech Republic".ab,ti.	6874
51	"Czech*".ab,ti.	16629
52	Hungary.ab,ti.	10264
53	Hungarian.ab,ti.	8139

Zeilennr.	Schlagwörter/Verkettung	Trefferzahl
54	Hungarian.ab,ti.	8139
55	Cyprus.ab,ti.	1964
56	exp Primary Health Care/	131264
57	exp Ambulatory Care Facilities/	50137
58	exp General Practice/	70768
59	exp Ambulatory Care/	56533
60	(primary adj3 health adj3 care*).ab,ti.	26828
61	(primary adj3 care*).ab,ti.	145024
62	general medicine*.ab,ti.	4488
63	general practition*.ab,ti.	51425
64	general physician*.ab,ti.	1714
65	family practition*.ab,ti.	2212
66	family physician*.ab,ti.	14987
67	56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63 or 64 or 65 or 66	409116
68	exp Health Promotion/	83636
70	(health adj3 promot*).ab,ti.	57511
71	(health adj3 campaign*).ab,ti.	3656
95	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55	1867779
96	68 or 70 or 71	119653
97	67 and 96	9367
98	95 and 97	2193
105	limit 98 to (meta analysis or "review" or "review literature") [Limit not valid in Ovid MEDLINE(R),Ovid MEDLINE(R) In-Process,PsycINFO,CDSR,DARE,CLCMR,CLHTA,CLEED; records were retained]	152
106	limit 98 to (meta analysis or "review" or systematic reviews) [Limit not valid in CCTR,CDSR,DARE,CLCMR,CLHTA,CLEED; records were retained]	194
107	105 or 106	194
108	remove duplicates from 107	191

Datum der Suche: 17. 3. 2016

Darstellung: GÖG

Tabelle 8.3:
Suchstrategie 1 für CINAHL über EBSCO

Zeilenr.	Schlagwörter/Verkettung	Einschränkungen	Trefferzahl
S39	S17 AND S38		(31)
S38	S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37		(93,763)
S37	TI evaluat#		(2,427)
S36	(MH "Evaluation Research+")		(19,699)
S35	(MH "Outcome Assessment") OR (MH "Process Assessment (Health Care)+")		(23,784)
S34	(MH "Pilot Studies")		(34,594)
S33	(MH "Program Evaluation")		(20,439)
S32	S17 AND S31		(5)
S31	S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30		(794)
S30	TI guideline#	Eingrenzungen – MEDLINE–Datensätze ausschließen; Publikationstyp: Meta Analysis, Meta Synthesis, Review; Geografische Unterkategorie: Continental Europe, Europe, UK & Ireland	(59)
S29	TI background paper#	Eingrenzungen – MEDLINE–Datensätze ausschließen; Publikationstyp: Meta Analysis, Meta Synthesis, Review; Geografische Unterkategorie: Continental Europe, Europe, UK & Ireland	(1)
S28	TI government# N3 program#	Eingrenzungen – MEDLINE–Datensätze ausschließen; Publikationstyp: Meta Analysis, Meta Synthesis, Review; Geografische Unterkategorie: Continental Europe, Europe, UK & Ireland	(0)
S27	TI government# N3 publication#	Eingrenzungen – MEDLINE–Datensätze ausschließen; Publikationstyp: Meta Analysis, Meta Synthesis, Review; Geografische Unterkategorie: Continental Europe, Europe, UK & Ireland	(0)
S26	TI policies	Eingrenzungen – MEDLINE–Datensätze ausschließen; Publikationstyp: Meta Analysis, Meta Synthesis, Review; Geografische Unterkategorie: Continental Europe, Europe, UK & Ireland	(19)
S25	TI policy	Eingrenzungen – MEDLINE–Datensätze ausschließen; Publikationstyp: Meta Analysis, Meta Synthesis, Review; Geografische Unterkategorie: Continental Europe, Europe, UK & Ireland	(124)
S24	(MH "Practice Guidelines")	Eingrenzungen – MEDLINE–Datensätze ausschließen; Publikationstyp: Meta Analysis, Meta Synthesis, Review; Geografische Unterkategorie: Continental Europe, Europe, UK & Ireland	(180)
S23	(MH "Public Policy+") OR (MH "Policy Making") OR (MH "Health Policy+")	Eingrenzungen – MEDLINE–Datensätze ausschließen; Publikationstyp: Meta Analysis, Meta Synthesis, Review; Geografische Unterkategorie: Continental Europe, Europe, UK & Ireland	(563)
S22	(MH "Policy and Procedure Manuals")	Eingrenzungen – MEDLINE–Datensätze ausschließen; Publikationstyp: Meta Analysis, Meta Synthesis, Review; Geografische Unterkategorie: Continental Europe, Europe, UK & Ireland	(0)

Zeilennr.	Schlagwörter/Verkettung	Einschränkungen	Trefferzahl
S21	(MH "Community Programs")	Eingrenzungen – MEDLINE–Datensätze ausschließen; Publikationstyp: Meta Analysis, Meta Synthesis, Review; Geografische Unterkategorie: Continental Europe, Europe, UK & Ireland	(24)
S20	(MH "Government Programs+")	Eingrenzungen – MEDLINE–Datensätze ausschließen; Publikationstyp: Meta Analysis, Meta Synthesis, Review; Geografische Unterkategorie: Continental Europe, Europe, UK & Ireland	(32)
S19	S9 AND S13	Eingrenzungen – MEDLINE–Datensätze ausschließen; Publikationstyp: Practice Guidelines; Geografische Unterkategorie: Continental Europe, Europe, UK & Ireland	(0)
S18	S9 AND S13	Eingrenzungen – MEDLINE–Datensätze ausschließen; Publikationstyp: Meta Analysis, Meta Synthesis, Review; Geografische Unterkategorie: Continental Europe, Europe, UK & Ireland	(14)
S17	S9 AND S13	Eingrenzungen – MEDLINE–Datensätze ausschließen; Geografische Unterkategorie: Continental Europe, Europe, UK & Ireland	(326)
S16	S9 AND S13	Eingrenzungen – MEDLINE–Datensätze ausschließen	(659)
S15	S9 AND S13	Eingrenzen durch SubjectGeographic2: – continental europe, SubjectGeographic1: – uk & ireland, SubjectGeographic0: – europe	(667)
S14	S9 AND S13		(1,639)
S13	S10 OR S11 OR S12		(35,399)
S12	TI health N3 campaign#		(333)
S11	TI health N3 promot#		(568)
S10	(MH "Health Promotion+")		(34,880)
S9	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8		(61,245)
S8	TI primary N3 care		(17,723)
S7	TI primary N3 health N3 care		(3,139)
S6	TI (primary N3 health N3 care)		(3,139)
S5	(MH "Ambulatory Care")		(6,476)
S4	(MH "Family Practice")		(11,669)
S3	(MH "Community Medicine")		(44)
S2	(MH "Ambulatory Care Facilities+")		(9,059)
S1	(MH "Primary Health Care")		(32,655)

Datum der Suche: 17. 3. 2016

Darstellung: GÖG

Tabelle 8.4:
Suchstrategie 1 für die Datenbank Dopher

Zeilennummer	Schlagwörter	Trefferzahl
2	Freetext (All but Authors): "primary care"	183
3	Freetext (All but Authors): "ambulatory care"	3
4	Freetext (All but Authors): "General Practice"	20
5	Freetext (All but Authors): "Community Medicine"	1
6	Freetext (All but Authors): "Family Practice"	3
7	Freetext (All but Authors): "general medicine"	1
8	Freetext (All but Authors): "general practicion**"	0
9	Freetext (All but Authors): "general physician**"	0
10	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9	219
11	Freetext (All but Authors): "health promotion"	300
12	Freetext (All but Authors): "health campaign"	1
13	11 OR 12	301
14	13 AND 10	14

Datum der Suche: 17. 3. 2016

Darstellung: GÖG

Suchstrategie 2: Gesundheitsförderung in Primärversorgungszentren

Datenbanken: Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present, PsycINFO 1806 to March Week 2 2016, EBM Reviews – Cochrane Central Register of Controlled Trials February 2016, EBM Reviews – Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 to March 16, 2016, EBM Reviews – Database of Abstracts of Reviews of Effects 1st Quarter 2016, EBM Reviews – Cochrane Methodology Register 3rd Quarter 2012, EBM Reviews – Health Technology Assessment 1st Quarter 2016, EBM Reviews – NHS Economic Evaluation Database 1st Quarter 2016

Tabelle 8.5:
Suchstrategie 2 für Medline und Cochrane Database via OVID

Zeilenr.	Schlagwörter	Trefferzahl
1	exp Europe/	1209952
2	"German*".ab,ti.	166617
3	"Austria*".ab,ti.	17084
4	"Swiss*".ab,ti.	31172
5	"Switzerland*".ab,ti.	22486
6	Italy.ab,ti.	55814
7	"Italian*".ab,ti.	54522
8	"Finnish*".ab,ti.	20796
9	"Finland*".ab,ti.	25641
10	"sweden*".ab,ti.	46999
11	"swedish*".ab,ti.	40097
12	exp Netherlands/	57186
13	"Netherland*".ab,ti.	49119
14	"dutch*".ab,ti.	44595
15	"France*".ab,ti.	60613
16	"french*".ab,ti.	104038
17	"polish*".ab,ti.	24599
18	"Poland*".ab,ti.	20728
19	great britain.ab,ti.	8249
20	"british*".ab,ti.	62306
21	United Kingdom.ab,ti.	37604
22	"Scotland*".ab,ti.	17498
23	"Scottish*".ab,ti.	10014
24	"Ireland*".ab,ti.	21694
25	"Irish*".ab,ti.	10092
26	Spain.ab,ti.	50681
27	"spanish*".ab,ti.	68257
28	Norway.ab,ti.	29902

Zeilennr.	Schlagwörter	Trefferzahl
29	"norwegian*".ab,ti.	20288
30	denmark.ab,ti.	25539
31	danish.ab,ti.	26360
32	Portugal.ab,ti.	10074
33	"Portuguese*".ab,ti.	13217
34	"luxembourg*".ab,ti.	993
35	"Liechtenstein*".ab,ti.	277
36	belgium.ab,ti.	15359
37	"belgian*".ab,ti.	9036
38	greece.ab,ti.	14428
39	greek.ab,ti.	15998
40	"Ukrain*".ab,ti.	5808
41	"Sloven*".ab,ti.	4010
42	"Slovak*".ab,ti.	5730
43	"Romania*".ab,ti.	6730
44	"Croatia*".ab,ti.	8188
45	"Bulgaria*".ab,ti.	5523
46	Estonia.ab,ti.	2540
47	"Latvia*".ab,ti.	1466
48	"Lithuania*".ab,ti.	3032
49	"Malta*".ab,ti.	3568
50	"Czech Republic".ab,ti.	6908
51	"Czech*".ab,ti.	16670
52	Hungary.ab,ti.	10281
53	Hungarian.ab,ti.	8145
54	Hungarian.ab,ti.	8145
55	Cyprus.ab,ti.	1971
76	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55	1871818
77	exp Ambulatory Care Facilities /	50183
78	(primary adj2 health adj2 care adj2 center*).ab,ti.	1345
79	(primary adj2 health adj2 care adj2 facilit*).ab,ti.	584
80	(primary adj2 health adj2 care adj2 unit*).ab,ti.	411
81	(communit* adj2 health adj2 center*).ab,ti.	7904
82	group practice*.ab,ti.	5329
83	exp Group Practice /	23542
84	exp Partnership Practice /	1245
85	partnership practice*.ab,ti.	108

Zeilennr.	Schlagwörter	Trefferzahl
86	exp Primary Health Care/og [Organization & Administration]	19985
87	77 or 78 or 79 or 80 or 81 or 82 or 83 or 84 or 85 or 86	103909
88	exp Health Promotion/	83850
89	(health adj3 promot*).ab,ti.	57702
90	(health adj3 campaig*).ab,ti.	3670
91	exp Primary Prevention/	131810
92	exp "Early Intervention (Education)"/	2384
93	exp Diagnostic Services/	135118
94	exp Health Education/	169838
96	88 or 89 or 90 or 91 or 92 or 93 or 94	529637
97	87 and 95	2580
98	76 and 97	444
99	limit 98 to (english or german) [Limit not valid in CDSR,DARE,CLCMR,CLEED; records were retained]	375
100	87 and 96	9751
101	76 and 100	1705
102	limit 101 to (english or german) [Limit not valid in CDSR,DARE,CLCMR,CLEED; records were retained]	1355
103	remove duplicates from 102	1282
104	limit 103 to yr="2000 -Current" [Limit not valid in DARE; records were retained]	862
105	limit 103 to (meta analysis or "review" or systematic reviews)	112

Datum der Suche: 4. 4. 2016

Darstellung: GÖG

Tabelle 8.6:
Suchstrategie 2 für CINAHL über EBSCO

Zeilennr.	Schlagwörter/Verknüpfung	Einschränkungen	Trefferzahl
S34	S23 AND S31	Eingrenzungen – MEDLINE-Datensätze ausschließen; Publikationstyp: Meta Analysis, Meta Synthesis, Review, Systematic Review; Geografische Unterkategorie: Continental Europe, Europe, UK & Ireland; Sprache: English, German	26
S33	S23 AND S31	Eingrenzungen – MEDLINE-Datensätze ausschließen; Geografische Unterkategorie: Continental Europe, Europe, UK & Ireland; Sprache: English, German	428
S32	S23 AND S31		1.704

Zeilenr.	Schlagwörter/Verknüpfung	Einschränkungen	Trefferzahl
S31	S1 OR S2 OR S3 OR S28 OR S29 OR S30		36.068
S30	(MH "Diagnostic Services+") OR (MH "Health Education+")	Eingrenzungen – MEDLINE-Datensätze ausschließen; Publikationstyp: Meta Analysis, Meta Synthesis, Review, Systematic Review; Geografische Unterkategorie: Continental Europe, Europe, UK & Ireland; Sprache: English, German	540
S29	(MH "Early Intervention+")	Eingrenzungen – MEDLINE-Datensätze ausschließen; Publikationstyp: Meta Analysis, Meta Synthesis, Review, Systematic Review; Geografische Unterkategorie: Continental Europe, Europe, UK & Ireland; Sprache: English, German	89
S28	(MH "Preventive Health Care+")	Eingrenzungen – MEDLINE-Datensätze ausschließen; Publikationstyp: Meta Analysis, Meta Synthesis, Review, Systematic Review; Geografische Unterkategorie: Continental Europe, Europe, UK & Ireland; Sprache: English, German	575
S27	S4 AND S23	Eingrenzungen – MEDLINE-Datensätze ausschließen; Publikationstyp: Meta Analysis, Meta Synthesis, Review, Systematic Review; Geografische Unterkategorie: Continental Europe, Europe, UK & Ireland; Sprache: English, German	10
S26	S4 AND S23	Eingrenzungen – MEDLINE-Datensätze ausschließen; Geografische Unterkategorie: Continental Europe, Europe, UK & Ireland; Sprache: English, German	412
S25	S4 AND S23	Eingrenzungen – MEDLINE-Datensätze ausschließen Eingrenzen durch Language0: – english	660
S24	S4 AND S23		1.688
S23	S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22		50.680
S22	(MH "Primary Health Care/AM")		1.770

Zeilennr.	Schlagwörter/Verknüpfung	Einschränkungen	Trefferzahl
S21	AB "group practice#"		543
S20	TI "group practice#"		240
S19	(MH "Community Health Nursing+")		22.826
S18	(MH "Ambulatory Care Nursing")		1.090
S17	(MH "Office Nursing")		6.746
S16	(MH "Group Practice+")		6.364
S15	(MH "Rural Health Centers")		132
S14	(MH "Community Health Centers")		3.059
S13	TI "community health center#"		373
S12	AB "community health center#"		649
S11	TI (primary N2 health N2 care N2 unit#)		18
S10	AB (primary N2 health N2 care N2 unit#)		94
S9	AB (primary N2 health N2 care N2 facilit#)		12

Zeilenr.	Schlagwörter/Verknüpfung	Einschränkungen	Trefferzahl
S8	T1 (primary N2 health N2 care N2 facilit#)		5
S7	T1 (primary N2 health N2 care N2 center#)		37
S6	AB (primary N2 health N2 care N2 center#)		175
S5	(MH "Ambulatory Care Facilities+")		9.076
S4	S1 OR S2 OR S3		35.460
S3	T1 health N3 campaign#		333
S2	T1 health N3 promot#		569
S1	(MH "Health Promotion+")		34.940

Datum der Suche: 4. 4. 2016

Darstellung: GÖG

Tabelle 8.7:
Suchstrategie 2 für die Datenbank Dopher

13	Freetext (All but Authors): "primary health care center*"	0
14	Freetext (All but Authors): "Ambulatory Care Facilit*"	0
15	Freetext (All but Authors): "primary health care facilit*"	0
16	Freetext (All but Authors): "primary health care unit*"	0
17	Freetext (All but Authors): "community health center*"	1
18	Freetext (All but Authors): "group practice*"	0
19	Freetext (All but Authors): "partnership practice*"	0
20	Freetext (All but Authors): "primary health care"	31
21	13 OR 14 OR 15 OR 16 OR 17 OR 18 OR 19 OR 20	32
22	Freetext (All but Authors): "health promotion"	300
23	Freetext (All but Authors): prevent*	492
24	Freetext (All but Authors): "health campaign"	1
25	22 OR 23 OR 24	769
26	21 AND 25	7
Datum der Suche: 4. 4. 2016		

Darstellung: GÖG

8.3 Handsuche: Identifikation von Pilotprojekten

Zur Identifikation von Gesundheitsförderungsprojekten im Setting Hausarztpraxis und von Gesundheitsförderungsprojekten unter Beteiligung von Hausärztinnen/-ärzten wurden eine Abfrage der FGÖ-Projekt Datenbank und eine Internetrecherche nach einschlägigen Projekten durchgeführt.

Abfrage der FGÖ-Projekt Datenbank

Die Projekt Datenbank des FGÖ enthält alle laufenden und abgeschlossenen Gesundheitsförderungsprojekte, die vom FGÖ gefördert werden. Geförderte Projekte können mittels Stichwort und Projektkategorie (z. B. praxisorientiertes Projekt, Betriebliche Gesundheitsförderung) gesucht werden. Im vorliegenden Fall wurde im Mai/Juni 2016 mittels der Stichworte „Arzt“ (7 Treffer), „Ärzte“ (25 Treffer), „Hausarzt“ (0 Treffer), „Allgemeinmediziner“ (0 Treffer) und „Ordnation“ (0 Treffer) nach einschlägigen Projekten gesucht. Als einschlägig galten Gesundheitsförderungsprojekte (keine Präventionsprojekte), in welcher Allgemeinmediziner/innen eine aktive Rolle spielen/spielten (z. B. als Multiplikatorinnen/Multiplikatoren für Gesundheitsförderung). Projekte, die ausschließlich in der Organisation eines Gesundheitstags oder einer Konferenz unter Beteiligung von Ärztinnen/Ärzten bestanden, wurden nicht berücksichtigt.

Nach Durchsicht der Kurzbeschreibungen wurden acht Projekte identifiziert, für die Hinweise auf eine aktive Rolle von Hausärztinnen/-ärzten in Gesundheitsförderungsmaßnahmen bestanden. Für diese Projekte wurde versucht, eine nähere Beschreibung (z. B. einen Projektendbericht) zu erhalten. Schließlich wurden fünf abgeschlossene Projekte identifiziert, die Ärztinnen und Ärzte einbeziehen (vgl. Tabelle 8.8).

Tabelle 8.8:
FGÖ-geförderte Projekte, die Ärztinnen/Ärzte einbeziehen

Projekttitle (abgeschlossener Projekte)	Projektnummer	Bezug zu Hausarzt
Mein Herz und ich. Gemeinsam gesund in der Gemeinde Fladnitz/ Teichalm	1885	Arzt/Ärztin in Steuerungsgruppe einbezogen
Mein Herz und ich. Gemeinsam gesund in der Gemeinde Haus	1831	Arzt/Ärztin in Steuerungsgruppe einbezogen
Programm zur interdisziplinären Betreuung übergewichtiger Menschen	721	Arzt/Ärztin als Multiplikator/in; Durchführung von Untersuchungen
Rauchfrei in Vorarlberg	1308	Hausärzte/-ärztinnen als Multiplikatoren
Bleiben Sie gesund - Bewegung zum Mitmachen	2627	Arzt in Projektarbeitsgruppe; Kooperationsvereinbarung mit Arzt/Ärztin

Quelle: FGÖ-Projekt Datenbank; Darstellung: GÖG

Internetrecherche zu einschlägigen Gesundheitsförderungsprojekten im Setting Hausarztpraxis

Ergänzend zur Abfrage der FGÖ-Projektdatenbank wurde im Mai/Juni 2016 eine Internetsuche (über Google.at) nach einschlägigen Gesundheitsförderungsprojekten in Österreich durchgeführt. Nicht berücksichtigt wurden Policy-Papiere und wissenschaftliche Studien ohne erkennbaren Praxisbezug.

Die Suchbegriffe „Primärversorgung Gesundheitsförderung“, „Primärversorgung Gesundheitsförderung Projekt“, „Hausarzt Gesundheitsförderung“ wurden verwendet. Einschlägige Praxisprojekte wurden dabei nicht identifiziert. Nur die Stichwortsuche „Hausarzt Gesundheitsförderung“ führte zur Initiative „Gesunde Gemeinden“, die teilweise Ärztinnen/Ärzte in einer Steuerungsgruppe vorsieht. Daher wurde auch auf den Seiten von *Gesunden Gemeinden*³ nach einschlägigen Projekten und Maßnahmen unter Beteiligung von Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner gesucht.

8.4 Expertinnen und Experteninterviews

Die Befragung von Expertinnen und Experten fand in zwei unterschiedlichen Projektphasen statt. Am Anfang des Projektes wurden Expertinnen und Experten der GÖG, des BMGF und aus der Wissenschaft anhand eines Interviewleitfadens befragt:

- » Welche gesundheitsfördernden Interventionen im hausärztlichem Setting kennen Sie / haben sie durchgeführt? (Österreich vorrangig)
- » Was hat funktioniert, was waren die Ergebnisse?
- » Welche Empfehlungen leiten Sie aus dem Projekt ab? Welche Rahmenbedingungen waren förderlich/hinderlich?
- » Was wäre eine sinnvolle Intervention? Was würde dazu benötigt werden?
- » Personen, die uns weiterhelfen können (Österreichkontext)

Ziel der Experteninterviews war es, einen ersten Überblick über Projekte in Österreich zu finden, den aktuellen Forschungsstand zu erfassen und auch Hausärztinnen und Hausärzte für die Fokusgruppe zu identifizieren. Sie bilden insbesondere für das Kapitel „Rahmenbedingungen und Kompetenzentwicklung“ eine wichtige Grundlage.

Folgende GÖG-Expertinnen/-Experten haben uns beraten:

- » Claudia Habl
- » Ingrid Rottenhofer
- » Eva Pilz
- » Alfred Uhl
- » Karin Eglau
- » Herwig Ostermann

³ <http://www.gesundegemeinde.ooe.gv.at/>

Folgende Expertinnen/Experten außerhalb der GÖG wurden kontaktiert:

- » Muna Abuzahra, Medizinische Universität Graz
- » Christina Dietscher, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
- » Thomas Dorner, Österreichische Gesellschaft für Public Health
- » Christian Fazekas, Medizinische Universität Graz
- » Reinhold Glehr, Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
- » Walter Heckenthaler, Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
- » Christian Lackinger, Sportunion
- » Maria Pramhas, AVOS Salzburg
- » Karin Reis-Klingspiegl, Styria Vitalis
- » Karin Rumpelsberger, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
- » Martin Sprenger, Medizinische Universität Graz

8.4.1 Fokusgruppe Hausärztinnen und Hausärzte

Zur Identifikation von Hausärztinnen und -ärzten mit Erfahrung in der Umsetzung von Gesundheitsförderungsinterventionen wurden neben den Experteninterviews (vgl. 8.3) auch Funktionärinnen/Funktionäre von Interessenvertretungen aus den Bereichen Gesundheitsförderung/Public Health und Allgemeinmedizin kontaktiert. Insgesamt wurden 17 Hausärztinnen/-ärzte empfohlen, von denen sich fünf grundsätzlich zur Teilnahme an einer Fokusgruppe bereit erklärten. Vier dieser Personen waren bereit, am 5. 10. 2016 an der Fokusgruppe teilzunehmen, letztlich nahmen aber nur zwei Personen teil: Claudia Westreicher und Ernst Eicher.

Das etwa dreistündige Gespräch wurde handschriftlich protokolliert und ein Ergebnisprotokoll angefertigt.

8.4.2 Ergebnisprotokoll: Fokusgruppe zum Setting Hausarztpraxis

Datum: 5. 10. 2016 15:45–18:45

Anwesende: Dr. Claudia Westreicher, Dr. Ernst Eicher, Peter Nowak (Moderator), Daniela Rojatz (Protokoll)

Erfahrungen mit Gesundheitsförderung

Die erste Leitfrage adressierte die bisherigen Erfahrungen der Teilnehmerin / des Teilnehmers im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention: „Was machen Sie bereits im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention?“ Dabei wurde nach Möglichkeit zwischen lebensstilbezogenen Interventionen und Interventionen für das persönliche und gesellschaftliche Umfeld getrennt. Es zeigten sich starke Überschneidungen der ersten beiden Bereiche mit der klassischen hausärztlichen Tätigkeit (z. B. Abklären der Ursachen von gesundheitlichen Problemen, Aufzeigen und Organisieren von Unterstützung/Hilfestellungen für Patientinnen/Patienten). Hausärzte/-ärztinnen verstehen sich als Drehscheibe, die zu anderen unterstützenden Stellen vermittelt. Hausärztinnen/Hausärzte benötigen Informationen über Schulbildung, finanzielle Situation etc. der Patientinnen/Patienten (Gesundheitsdeterminanten), um deren Möglichkeiten einschätzen zu können.

Lebensstilbezogene Gesundheitsförderung

- » Die Vorsorgeuntersuchung ermöglicht einen strukturierten, niederschweligen Beratungszugang, der ein Möglichkeitsfenster für Gesundheitsförderung öffnet.
- » Ernährungsberatung und Begleitung bei Gewichtsreduktion
- » Frage nach Arbeitsbedingungen, um Hinweise auf ergonomische Bedingungen zu erhalten

Gesundheitsförderung für personenbezogenes Umfeld

- » Klassische Tätigkeiten von Hausärztinnen/-ärzten – wie Visiten und Bereitschaftsdienste – ermöglichen Einblicke in das Umfeld der Patientinnen/Patienten und Gelegenheiten, gesundheitsfördernd zu wirken.
- » Wichtig erscheint, dass bereits kleine Beratungsimpulse Großes bewirken können. Beispielsweise verbessert sich die Lebensqualität von Patientinnen/Patienten, wenn sich die Gesprächsqualität mit dem/der Ehepartner/in verbessert.

Gesundheitsförderung für das gesellschaftliche Umfeld

Beratung der Sanitätsbehörde (Bürgermeister/in)

- » Gemeinärztinnen/-ärzte haben eine beratende Funktion inne für die Bürgermeisterin / den Bürgermeister als Sanitätsbehörde der Gemeinde (z. B. bei Fragen, die die Wasserversorgung/Hausbrunnen betreffen oder bei Begehungen von Wohnungen von Personen mit Vermüllungssyndrom)
- » Anregen und Etablieren von gesundheitsfördernden Strukturen

- » Etablieren von Gesundheits- und Nahversorgungszentrum mit Ergotherapie, Psychotherapie, Hausapotheke, Massage und Nachversorger

Anregen von Teilnahme an *Gesunder Gemeinde, Gesunder Schule*

- » Einführung von „Disco-Bus“ für Jugendliche, damit sie trotz Alkoholkonsums sicher nach Hause kommen. Die Maßnahme rettet nicht nur Leben, sondern fördert auch die Unterhaltungsmöglichkeiten von Jugendlichen und wirkt der regionalen Abwanderung entgegen.

Organisation und Durchführung von Schulungen und Veranstaltungen zum Capacity Building

- » Organisieren zahlreicher Veranstaltungen zur Stärkung der Gemeinschaft und eines gesundheitsfördernden Lebensstils: Wandern, Kabarett, *Gesunde Jause*, Bewegungsangebote
- » Organisieren von Vorträgen zu gesundheitsbezogenen Themen (Impfaufklärung, Kinderkrankheiten, allgemeine Erkrankungen, z. B. Demenz)
- » Schulen von Multiplikatorinnen/Multiplikatoren (z. B. Kindergarten-Pädagoginnen/-Pädagogen), Initiieren von lokalen Kleinausbildungen, um das Umfeld zu aktivieren

Maßnahmen zum Capacity Building für Organisationen in der Gemeinde

- » Health impact assessment (Bewertung von Bauvorhaben von betreutem Wohnen)
- » Entsendung von Ergotherapeutin zwecks Gesundheitsbeobachtung in Kindergarten (einmal in der Woche), um als Bindeglied zu Gemeindefacharzt zu fungieren
- » Organisation von Geräten, damit Kinder im Kindergarten selbst Saft herstellen können (Umsetzung liegt bei Kindergarten)

Sammeln von Spendengeldern zur Unterstützung gesundheitsfördernder/karitativer Aktivitäten

- » Sammeln von Spendengeldern durch Aktivitäten wie Kuchentisch, Apfelkalender, Friedenslichtlauf u. a. für Sozialfonds der Gemeinde oder Gesunde Gemeinde-Aktivitäten
- » Benzinzuschuss für Ausflüge

Typen von gesundheitsfördernden Hausärztinnen und Hausärzte

Im Gespräch zeigen sich zwei mögliche Zugänge, wie Hausärztinnen/Hausärzte Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umfeld realisieren können:

- » Der Typ „an vorderster Front stehen“ initiiert Projekte, sucht weitere engagierte Personen, arbeitet an Maßnahmen aktiv mit, bis sie zu Selbstläufern werden. Sie/er kann und möchte nicht alles selbst machen, um die Nachhaltigkeit der Interventionen zu sichern.
- » Typ „Katalysator“ steht nicht an vorderster Front, sondern unterstützt andere engagierte Personen bei der Verwirklichung ihrer Ideen bzw. fungiert als Beirat.

Die beiden Fokusgruppenteilnehmer/innen beschreiben ihre Vorgehensweise wie folgt:

- » Ideen müssen im Umfeld zunächst geprüft werden und Möglichkeiten abgesteckt werden (u. a. ob Zielgruppe interessiert ist). Dinge werden ausprobiert und jene, die sich bewähren, werden fortgeführt.

- » Analyse, welche Möglichkeiten und Strukturen bereits vorhanden sind (z. B. Sportvereine), und diese für Teilnahme an Projekt gewinnen. Positiver Nebeneffekt dieser Vorgehensweise ist, dass die Angehörigen der ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen die Veranstaltung besuchen, wodurch sich die Teilnehmerzahl erhöht und sie zum Erfolg wird.

Förderliche und hinderliche Rahmenbedingungen

Die beiden Leitfragen dazu sind:

- » Was gibt es bereits an Unterstützung für die Umsetzung von Gesundheitsförderung?
- » Was braucht es, um Gesundheitsförderung in der Hausarztpraxis umzusetzen?

Förderliche Rahmenbedingungen

- » Globale Strukturen, die lokal übernommen werden können, sofern die politische/finanzielle Unterstützung gegeben ist:
 - » Vorhandene Strukturen/Konzepte (z. B. *Gesunde Gemeinde*) und Unterlagen können lokal aufgegriffen werden.
 - » Initiativen (*Gesunde Gemeinde*), die von Land ausgehen (befürwortet werden) und für die ein Budget vorgesehen ist
- » **Integration von Hausärztin/Hausarzt in das öffentliche Gesundheitswesen:**
Die Funktion als Kreis-/Gemeindearzt stärkt die Position des Hausarztes in Diskussionen mit politischen Funktionären.
- » **Niederschwelliger Zugang zu Patientinnen und Patienten** (Kassenvertrag, Vorsorgeuntersuchungen) und **Bevölkerung** (z. B. unterstützt durch ansprechende Titel für Veranstaltungen)
- » **Vernetzung** (z. B. Mitarbeiter/in der Hausarztpraxis beobachtet die Entwicklungen in einschlägigen Netzwerken, beteiligt sich und informiert den Hausarzt / die Hausärztin)
- » **Berufsbild von Hausärzten/-ärztinnen** (life-course approach, Kenntnis der regionalen Versorgungsstrukturen);
- » Bewusstsein der Hausärzte über Gesundheitsdeterminanten (Ernährung, Bildung etc.)

Hinderliche Rahmenbedingungen

- » **Mangelnde Wertschätzung** von Hausärztinnen und Hausärzten seitens der Politik; relevante Beratungsimpulse werden nicht entsprechend wahrgenommen.
- » **Idealisierung von Engagement** führt zu dem Gefühl von Ungerechtigkeit (z. B. Hausarzt/Hausärztin soll gratis in Projekt mitwirken, während andere bezahlt werden).
- » **Vereinnahmungsversuche von Gesundheitsförderung** durch Wirtschaft, Esoterik und politische Interessen, z. B. Ansinnen an Gesundheitsberatung, dass Produkte verkauft werden. Hier hat die *Gesunde Gemeinde* Oberösterreich eine Richtlinie erarbeitet, was als gesundheitsfördernd gilt und was nicht.
- » Entkopplung von Wohnort und Ordinationsort der Hausärztin / des Hausarztes: Viele Ärzte wohnen heute nicht mehr in der Gemeinde, wo ihre Praxis ist.
- » **Bürokratische Hürden** bei Projektbeantragung/-abwicklung und der Abrechnung kleiner Fördersummen

- » Schwierige Honorierung von Gesundheitsförderungsinterventionen durch schlechte Messbarkeit der Effekte, Orientierung der Kosten-Abrechnung nicht an erzielten Effekten, Unsicherheiten bezüglich gewährter Fördersumme bei beantragten Projekten
- » Befürchtung, dass durch zunehmenden Kostendruck nur noch das Nötigste bezahlt werden wird
- » **Fehlende Vernetzung und Abstimmung** von bestehenden/geplanten Gesundheitsförderungsinterventionen
- » Überforderung der Bevölkerung durch zu viele gesundheitsfördernde Angebote
- » Ärztemangel und das Problem, dass Hausärzte/-ärztinnen ihr Wissen / ihre Erfahrungen nicht an einen/eine Nachfolger/in weitergeben können

Zusätzliche Einflussfaktoren

Neben den identifizierten förderlichen und hinderlichen Rahmenbedingungen werden auch einige „neutrale“ Einflussfaktoren genannt:

- » Unterschiedliche Klientel von Kassen- und Wahlärzten/-ärztinnen
- » **Unterschiedliche Möglichkeiten**/Kompetenzen/Strukturen in **Abhängigkeit vom Bundesland** (z. B. „Kreisarzt“ existiert im Burgenland, in Oberösterreich nicht) **und Gemeindegröße** (Gesundheitsförderungsprojekte scheinen in kleinen Gemeinden leichter durchführbar)
- » **Projekte müssen zu Selbstläufern werden**, da sie sonst die Kapazitäten der Hausärztin / des Hausarztes übersteigen.
- » Nicht alle Gesundheitsaktionen sind sinnvoll (z. B. gemeinsam Kilometer sammeln mangels Kontrollierbarkeit der gelaufenen Meter, Gesundheitsstraße - Blutzuckermessung ohne nüchtern zu sein etc.).

Zukunftsvisionen

Gefragt wurde:

- » Welche individuellen Kompetenzen benötigen gesundheitsfördernde Hausärzte/-ärztinnen?
- » Welche Projekte/Maßnahmen würden Sie sich wünschen?
- » Wie könnte eine gesundheitsfördernde Hausarztpraxis aussehen? Und was bräuchte es für ihre Umsetzung?

Erforderliche Kompetenzen für gesundheitsfördernde/n Hausärztin/Hausarzt

- » **Haltung der Hausärztin / des Hausarztes:** ganzheitliches Gesundheitsverständnis und Kooperationsbereitschaft (will/kann nicht alles selbst machen)
- » **Vernetzungsfähigkeit und vernetztes Denken** (Es gilt, ein umfassendes Netzwerk an Unterstützungsmöglichkeiten im Blick zu haben, um es aktivieren zu können.)
- » **Kommunikative Kompetenzen:** Individuelle Gespräche, um herauszufinden, wo der Patient / die Patientin sein/ihr Problem hat
- » **Systemkenntnis:** Kennen der politischen Strukturen/Prozesse und politischen Machtspiele
- » **Geduld**, da das Umsetzen von Ideen längere Zeit dauern kann
- » Beachtung der eigenen Ressourcen und Work-Life-Balance

Rahmenbedingungen für die Umsetzung

Adressiert wurden Rahmenbedingungen auf System- und Bevölkerungsseite sowie in der Hausarztpraxis selbst.

Gesundheitssystembezogene Rahmenbedingungen

- » **Einbindung von Hausärztinnen und Hausärzten in Planung der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderungskonzepten**, damit diese umsetzbar sind (Bürokratische Hürden, Einschlusskriterien für Zielgruppe, Vermeidung neuer Strukturen)
- » **Bereitstellung von Ressourcen** für Etablierung von Netzwerk, für Projekte und andere gesundheitsfördernde Interventionen
- » **Bereitstellung von Konzepten**, die von Hausärztinnen und Hausärzten übernommen werden können und **Leitfäden zur Verwirklichung eigener Projektideen** (Transparenz bezüglich Strukturen, wo Förderungen möglich sind etc.)
- » Verbesserung der **Datenlage zu Gesundheitsförderungsinterventionen** (Erhebung und Auswertung von Daten)
- » Die verpflichtende Ausbildung von Kolleginnen/Kollegen in einer Lehrpraxis am Ende der Ausbildung zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin, wie sie in der neuen Ausbildungsordnung geregelt ist, wird als positive Entwicklung beschrieben, da diese die kommunikativen Kompetenzen der Ärztinnen/Ärzte stärkt.

Bevölkerungsbezogene Rahmenbedingungen

- » Voraussetzungen auf Bevölkerungsseite (Gesundheitskompetenz) sind nötig, damit Hausärztin/Hausarzt wirksam werden kann (z. B. Wissen/Bewusstsein für gesunde Ernährung, Sportangebote).
- » Stärkung der Ressourcenorientierung/Selbstkompetenz der Bevölkerung anstelle einer allgemeinen Verunsicherung („ich macht alles falsch“)

Rahmenbedingungen der Hausärztin / des Hausarztes

- » Wissen über Fördermöglichkeiten gehört verbreitet → Motivation würde anders sein, wenn man sich nicht als Idealist behandelt und ausgenutzt fühlt.

Wie könnte eine gesundheitsfördernde Hausarztpraxis aussehen?

Anregen/Initiieren von

- » Bewegungsangeboten für Kinder und Aufzeigen von diversen Sportangeboten (z. B. Ballsportarten). Wenn Schüler/innen diese nicht kennen(lernen), werden sie später nicht auf die Idee kommen, diese auszuüben.
- » Bewusstseinsbildung für gesunde Ernährung: nicht Kalorien zählen, sondern Aufklärung über Nahrungsbestandteile (Fett, Eiweiß, Kohlenhydrate). Förderung von selbst zubereiteter Nahrung (anstelle von Fast-Food)
- » Förderung von „sozialem Zusammenhalt“ durch Gemeinschaftsprojekte zur Stärkung der Gemeinschaft und des Verantwortungsgefühls füreinander

- » Kompetenzvermittlung für Erwachsene hinsichtlich der Nutzung von Hausmitteln (z. B. keine Haube bei Ohrenschmerzen)

Dazu sei angemerkt, dass diese Aktivitäten nicht (notwendigerweise) von Hausärzten/-ärztinnen durchgeführt werden müssen. Auch Lehrer/innen und viele andere Personen der Zivilgesellschaft können mit entsprechender Schulung in Gesundheitsförderung viel beitragen/übernehmen. Natürlich müssen die Rahmenbedingungen darauf abgestimmt werden (z. B. Entlastung der Lehrer/innen von der Verantwortung, wenn sich ein Kind verletzt).

8.5 Ableitung der Empfehlungen

Die zusammengefasste Evidenz und die identifizierten Praxisbeispielen von Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis wurden im Projektteam diskutiert und erste Empfehlungen davon abgeleitet. Diese wurden anschließend mit zwei Expertinnen/Experten im Bereich Primärversorgung diskutiert: mit Martin Sprenger und Kathryn Hoffmann. Die wesentlichen Ideen, die hieraus entstanden, sind

- » die schrittweise Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung im Setting Hausarzt/Primärversorgung (vgl. Tabelle 5.1) sowie
- » die Verbesserung der Evidenzlage durch Nutzung der Synergien von einschlägig arbeitenden Forschungseinrichtungen und den Praxiserfahrungen von Hausärztinnen/Hausärzten.

Zusätzlich wurden die Ergebnisse und Empfehlungen der vorliegenden Grundlagenarbeit am Rande eines GÖG-internen Workshops mit Stefan Korsatko diskutiert. In dieser Diskussionsveranstaltung wurde klar, dass die Berücksichtigung von Gesundheitsförderung im neuen Primärversorgungskonzept einen wesentlichen Mehrwert der neuen Entwicklung darstellt.

Die Ergebnisse wurden immer wieder im Projektteam diskutiert, adaptiert und schließlich mit drei Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern des FGÖ abgestimmt. Die finale Fassung der Empfehlungen findet sich in Kapitel 5.