

Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz in der Primärversorgung

Ausfüllhilfe für PVE-Gründerinnen/-Gründer zum Musterversorgungskonzept

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

Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz in der Primärversorgung

Ausfällhilfe für PVE-Gründerinnen/-Gründer zum Musterversorgungskonzept

Autoren:

Martin Sprenger
Florian Stigler

Unter Mitarbeit von:

Daniela Rojatz
Peter Nowak

Projektassistenz:

Bettina Engel

Wien, im März 2019

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

Zitiervorschlag: Sprenger, Martin; Stigler, Florian; Rojatz, Daniela; Nowak, Peter (2019):
Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz in der Primärversorgung.
Ausfüllhilfe für PVE-Gründerinnen/-Gründer zum Musterversorgungskonzept. Gesundheit Öster-
reich GmbH, Wien (aktualisierte Fassung)

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

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

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz sind als Aufgaben von Primärversorgungseinheiten (PVE) definiert (BMGF 2017; PrimVG 2017). Vor der Gründung einer PVE muss daher auch dieser Aufgabenbereich im zu erstellenden Versorgungskonzept berücksichtigt werden. Da es sich dabei um ein neues Aufgabenfeld handelt, möchte die vorliegende Ausfüllhilfe Unterstützung und Anregung bieten, welche Ziele im Aufgabenbereich zu definieren, Maßnahmen festzulegen und Aufgaben im PVE-Team zu verteilen. Bei der vorliegenden Ausfüllhilfe handelt es sich um ein lernendes Dokument, welches basierend auf den gemachten Erfahrungen regelmäßig aktualisiert und weiterentwickelt wird.

Gemäß dem Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich orientiert sich die personelle Ausstattung (Teamzusammensetzung) einer PVE am regionalen Bedarf und dem daraus resultierenden erforderlichen Leistungsspektrum (Angebot). Wichtig ist, dass das gesamte PVE-Team den Wunsch und die Kompetenzen hat, präventive, gesundheitsfördernde und die Gesundheitskompetenz steigernde Maßnahmen in einer PVE erfolgreich umzusetzen – unabhängig davon, ob die PVE als Zentrum oder Netzwerk organisiert ist. Dazu gehören die Anwendung eines umfassenden Gesundheitsbegriffs, eine Zielgruppen- und Ressourcenorientierung, das Anbieten guter Gesundheitsinformationen, eine patientenzentrierte Gesprächsführung und die gemeinsame Entscheidungsfindung.

Nur ein gut ausgebildetes, zufriedenes und in der Zusammenarbeit funktionierendes PVE-Team kann eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleisten. Dazu bedarf es motivierender Arbeitsbedingungen mit regelmäßigen Team- und Fallbesprechungen, klarer Aufgaben- und Rollenprofile, gemeinsamer Ziele und Werte, einer modernen Organisationskultur, offener wertschätzender Kommunikation auf Augenhöhe inkl. einer gemeinsamen Entscheidungsfindung bei Fragen, die das gesamte PVE-Team betreffen, sowie ausreichender Pausen und Erholungszeiten.

Eine Kooperation mit bestehenden präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten externer (lokaler) Partner ist unverzichtbar. Wichtige Kooperationspartnerinnen/-partner sind dabei alle öffentlichen Krankenkassen mit beispielsweise Rauchstopp-Seminaren und Diabetes-Schulungen, die Gesundheitsfonds mit ihrem Schulungsangebot (z. B. im Bereich Gesundheitskompetenz), die Frühe-Hilfen-Netzwerke (www.fruehehilfen.at), die Gesunden Gemeinden, die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK), der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) mit dem Bildungsnetzwerk und Gesundheitsförderungsprojekten, aber auch Frauengesundheitszentren, Schulen, Selbsthilfegruppen, Seniorenverbände, Sportvereine, Suchtberatungen etc.

Die PVE hat einen Versorgungsauftrag für die Bevölkerung im Einzugsgebiet. Dies erfordert eine dem Bedarf und den Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechende regionale Perspektive. Für die Umsetzung zielgruppenspezifischer und populationsbezogener Maßnahmen eignet sich das Anlegen von Registern. In diesen sind zum Beispiel alle Personen mit bestimmten Erkrankungen (z. B. COPD, Diabetes, Herzinsuffizienz), bestimmten Merkmalen (z. B. Polypharmazie, Arbeitslosigkeit, Verwahrlosungstendenzen) oder Leistungen (z. B. Impfungen, Koloskopien, Rauchberatung) er-

fasst. Auf Basis von Registern kann nicht nur die Kontinuität der Betreuung chronisch und multimorbid Erkrankter sichergestellt, sondern können auch die Behandlungsprozesse besser strukturiert, organisiert und einem Monitoring unterzogen werden. Auf Basis von Registern können auch Erinnerungssysteme eingerichtet werden, um auf anstehende Untersuchungen oder Behandlungen hinzuweisen.

Zielgruppenspezifische Maßnahmen richten sich an bestimmte Gruppen wie Kinder und Jugendliche, ältere Menschen, alleinstehende Menschen, Alleinerzieherinnen/Alleinerzieher, Arbeitslose, Menschen mit Migrationshintergrund, bettlägerige Personen etc. Dabei sollte nicht vergessen werden, die Rollen und Aufgaben im multiprofessionellen interdisziplinären Primärversorgungsteam zuzuordnen (Wer kann welche Aufgaben übernehmen?). Bei zielgruppenspezifischen Angeboten ist oft ein proaktiver, aufsuchender Zugang notwendig um schwerwiegendere Probleme zu verhindern, bevor diese entstehen.

Der Fokus der folgenden Ausfüllhilfe liegt auf dem Kapitel „Prävention und Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz von Patientinnen/Patienten stärken“. Für jede Aufgabe in den dort angeführten Handlungsfeldern werden zwei bis drei Maßnahmen im Detail beschrieben und dann stichwortartig durch weitere Maßnahmen ergänzt. Wo möglich, wurde versucht, auf andere Kapitel zu verweisen und zumindest eine Literaturquelle zur Vertiefung anzugeben. Die Ausfüllhilfe möchte schon bei der Erstellung des Versorgungskonzepts Denkanstöße geben und Diskussionen anregen, wie präventive, gesundheitsfördernde und die Gesundheitskompetenz steigernde Maßnahmen in der zukünftigen PVE durch ein multiprofessionelles interdisziplinäres Primärversorgungsteam geplant und umgesetzt werden könnten.

Zu den präventiven Maßnahmen gehören zum Beispiel Vorsorgeuntersuchung, Impfungen, Screeningmaßnahmen, die Identifizierung von und Beratung bei lebensstil- und lebensumfeldassoziierten Risiken inklusive Raucherberatung und Tabakentwöhnung, Hausbesuche bei Familien und Personen mit hohem psychosozialen Risiko, präventive Maßnahmen betreffend geriatrische Gesundheitsrisiken etc.

Eine weitere zentrale Aufgabe einer PVE bilden die Unterstützung und Förderung des Selbstmanagements und der Selbstversorgung, die darauf abzielen, Menschen im Umgang mit akuten und chronischen körperlichen und psychischen Krankheiten, aber auch schwierigen sozialen Lebenssituationen zu unterstützen und sie in ihren Ressourcen und Selbstmanagementkompetenzen zu stärken. Speziell das Management chronischer Erkrankungen wie Diabetes mellitus, COPD und Herzinsuffizienz erfordert Maßnahmen zur Verbesserung des Selbstmanagements und Steigerung der Gesundheitskompetenz (z. B. Patientenseminare und -beratungen). Gleiches gilt für die Beurteilung häufiger unproblematischer Krankheitsbilder wie Fieber, verstauchter Gelenke oder Kopfschmerzen.

Grundvoraussetzungen für die Durchführung aller präventiven, gesundheitsfördernden und die Gesundheitskompetenz steigernden Maßnahmen sind ausreichend Zeit, eine geeignete Infrastruktur inkl. unterstützender IT-Lösungen und gut ausgebildetes Personal. Nur wenn diese Rahmenbedingungen gegeben sind, kann auch ein hoher Qualitätsstandard bei der Umsetzung erreicht werden, damit das Richtige auch richtig passiert und Patienten jene Versorgung bekommen, die sie benötigen.

Inhalt

Kurzfassung	III
Inhalt	V
Abkürzungen.....	VI
1 Einleitung	1
1.1 Grundorientierung	2
1.1.1 Umfassender Gesundheitsbegriff	2
1.1.2 Zielgruppen- und Ressourcenorientierung	2
1.1.3 Empowerment	3
1.1.4 Gesundheitskompetenz fördern: Gute Gesundheitsinformation und patientenzentrierte Gesprächsführung	3
1.1.5 Organisationsentwicklung: Etablierung einer gesundheitskompetenten Organisation	4
1.2 Ausfüllhilfe für Aspekte der Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz.....	4
2 Versorgungsziele des PVE-Teams	5
3 Organisatorische Informationen zur geplanten PVE.....	10
3.1 Beschreibung des Standorts / der Standorte, Aufbauorganisation	10
3.1.1 Beteiligte Berufsgruppen	10
3.1.2 Primärversorgungspartnerinnen/-partner (Kooperationen)	12
3.1.3 Örtliche Erreichbarkeit.....	12
3.1.4 Barrierefreiheit	12
3.1.5 Zeitliche Erreichbarkeit	13
3.2 Ablauforganisation.....	13
3.2.1 Arbeits- und Aufgabenverteilung	13
3.2.2 Regelung der Zusammenarbeit im PVE-Team	14
3.2.3 Strukturierte Zusammenarbeit mit PVE-Kooperationspartnerinnen/- partnern bzw. anderen Anbieterinnen/Anbietern im Gesundheits- und Sozialbereich	14
3.2.4 Zielgruppenspezifische und populationsbezogene Aufgaben	15
3.3 Qualitätsmanagement	16
3.4 Informations- und Datenmanagement	17
3.5 Gemeinsamer Auftritt nach außen	17
3.6 Ausbildung – lehrende Organisation	17
4 Aufgabenprofil / medizinisches Leistungsspektrum	18
4.1 Basisaufgaben.....	18
4.1.1 Ambulante Grundversorgung und Verlaufskontrolle bei Akutfällen allgemein	19
4.1.2 Akutversorgung und Verlaufskontrolle bei komplexen Fällen	19
4.1.3 Langzeitversorgung chronisch Kranker und multimorbider Patientinnen/Patienten	19
4.1.4 Rehabilitative Therapie	22
4.1.5 Prävention und Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten stärken.....	23
4.1.6 Familienplanung, Schwangerschaftsberatung, Mutter-Kind-Pass	36
4.1.7 Palliativversorgung	36
4.1.8 Sonstiges	37
4.1.9 Ausstattung für Basisaufgaben	37
4.2 Spezielle Aufgaben und Leistungen	37
5 Ausblick	38
Literatur	39

Abkürzungen

BGF	betriebliche Gesundheitsförderung
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
CDSMP	chronic disease self-management program
COPC	community-oriented primary care
COPD	chronisch obstruktive Lungenerkrankung
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege
DMP	disease management program
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FRAX	fracture risk assessment tool
HIV	human immunodeficiency virus
HPV	human papilloma virus
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
ÖGS	Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PHC	primary health care
PrimVG	Primärversorgungsgesetz
PVE	Primärversorgungseinheit
SBST	STarT Back Screening Tool
SOP	standard operation procedures
STD	sexuell übertragbare Erkrankungen
SUPRA	Suizidprävention Austria
SV	Sozialversicherung
VU	Vorsorgeuntersuchung

1 Einleitung

Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz sind als Aufgaben von Primärversorgungseinheiten (PVE) definiert (PrimVG 2017, ÖSG 2017). Vor der Gründung einer PVE muss daher auch dieser Aufgabenbereich im zu erstellenden Versorgungskonzept berücksichtigt werden.

Da es sich um ein neues Aufgabenfeld handelt, möchte die vorliegende Ausfüllhilfe Unterstützung und Anregungen dafür geben, wo und wie im Versorgungskonzept der Aufgabenbereich abgebildet werden kann. Sie soll PVE-Betreiberinnen/-Betreiber dabei unterstützen, für die Etablierung von Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz Ziele zu definieren, Maßnahmen festzulegen und diesbezügliche Aufgaben im PVE-Team zu verteilen. Um eine möglichst hohe Benutzerfreundlichkeit zu erreichen, orientiert sich die Struktur der Ausfüllhilfe an jener des Versorgungskonzeptes, welches von der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur im Rahmen der Bundeszielsteuerung erstellt wurde. Daher sind einige Überschriften, die für den Aufgabenbereich Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz nicht vordergründig relevant sind, zwar angeführt, aber in eckige Klammern gesetzt. Texte, die sich zum Befüllen des Versorgungskonzepts eignen, sind *grün und kursiv* geschrieben. Die Inhalte der Ausfüllhilfe sind Empfehlungen und keine Vorgaben. Es steht somit jeder PVE frei, den vorgegebenen Text gemäß individuellen Möglichkeiten und Wünschen sowie regionalen Bedürfnissen abzuändern und eigene Ziele und Maßnahmen hinzuzufügen. Bei der vorliegenden Ausfüllhilfe handelt es sich zudem um ein lernendes Dokument, welches basierend auf den gemachten Erfahrungen regelmäßig aktualisiert und weiterentwickelt werden soll.

Der Fokus der Ausfüllhilfe liegt auf dem Kapitel 4.1.3 des Versorgungskonzepts „Prävention und Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz von Patientinnen/Patienten stärken“. Für jede Aufgabe in den dort angeführten Handlungsfeldern werden zwei bis drei Maßnahmen im Detail beschrieben und dann stichwortartig durch weitere Maßnahmen ergänzt. Wo möglich, wurde versucht, auf andere Kapitel zu verweisen und zumindest eine Literaturquelle zur Vertiefung anzugeben. Eine an Gesundheit orientierte Primärversorgung richtet ihre Aufbau- und Ablauforganisation an der Förderung der Ressourcen der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, der Patientinnen/Patienten und der Bevölkerung im Einzugsgebiet aus. Diese Vision ist nicht gleich und vollständig umsetzbar (Rojatz et al. 2018). Dennoch möchte diese Ausfüllhilfe schon bei der Erstellung des Versorgungskonzepts Denkanstöße geben und Diskussionen anregen, wie präventive, gesundheitsfördernde und die Gesundheitskompetenz steigernde Maßnahmen in der zukünftigen PVE durch ein multiprofessionelles interdisziplinäres Primärversorgungsteam geplant und umgesetzt werden könnten.

Eine Grundvoraussetzung für die Durchführung aller Maßnahmen bilden eine entsprechende Honorierung, ausreichend Zeit und gut ausgebildetes Personal. Nur wenn diese Rahmenbedingungen gegeben sind, kann auch ein hoher Qualitätsstandard bei der Umsetzung erreicht und verlangt werden, kann das Richtige auch richtig passieren.

1.1 Grundorientierung

In der Folge werden, aufbauend auf dem Idealmodell für das Aufgabenfeld „Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz“ (Rojatz et al. 2018), vier grundlegende Orientierungen für die erfolgreiche Umsetzung präventiver, gesundheitsfördernder und die Gesundheitskompetenz steigernder Maßnahmen in PVE aufgelistet – grundsätzlich unabhängig davon, ob diese als Zentrum oder Netzwerk organisiert sind.

1.1.1 Umfassender Gesundheitsbegriff

Die PVE orientiert sich in der Interaktion mit Patientinnen/Patienten und Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern an einem an Ressourcen ausgerichteten biopsychosozialen Gesundheitsbegriff. Demnach ist Gesundheit kein Zustand, sondern ein dynamischer Prozess, in dem das Individuum ständig ein Gleichgewicht mit seiner Umwelt herzustellen versucht, um sein körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden zu optimieren.

1.1.2 Zielgruppen- und Ressourcenorientierung

Während die Krankenversorgung eher risiko- und defizitorientiert ist, fokussiert die Gesundheitsförderung v. a. auf Ressourcen und Fähigkeiten. Eine erfolgreiche Umsetzung gesundheitsfördernder und die Gesundheitskompetenz steigernder Maßnahmen erfordert deshalb die Bereitschaft und Fähigkeit des gesamten PVE-Teams, ressourcenorientiert zu denken und zu handeln. Dies ist insbesondere wichtig, wenn es sich um chronisch kranke oder ältere Menschen mit multiplen Risiken (Multimorbidität) handelt. Gerade bei dieser Zielgruppe sind die vorhandenen Ressourcen ein wichtiger Ansatzpunkt für Gesundheitsförderung und Prävention.

Wer über mehr Ressourcen verfügt, ist üblicherweise auch in der Lage, Herausforderungen besser zu bewältigen. Um einen gerechten und fairen Zugang zu den Ressourcen für Gesundheit zu ermöglichen, setzt sich die Gesundheitsförderung für die Förderung der Chancengerechtigkeit ein. Die Gesundheitsförderung kennt persönliche (z. B. positives Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit oder Kompetenzen wie Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit, Kommunikations- und Konfliktlösungskompetenz, Gesundheitskompetenz) sowie soziale (z. B. Vorhandensein sozialer Netzwerke und positiver sozialer Bindungen) und strukturelle (oder externe) Ressourcen.¹

¹ Fonds Gesundes Österreich. Glossar. Ressourcen. 2018. Online verfügbar: <http://fgoe.org/glossar/ressourcen> (24. 10. 2018)

1.1.3 Empowerment

Empowerment bedeutet, Menschen zu befähigen, die Kontrolle über Entscheidungen und Handlungen zu gewinnen, die ihre Gesundheit beeinflussen. Dabei kann zwischen individuellem und gemeinschaftsbezogenem Empowerment unterschieden werden.² Die Förderung von Gesundheitskompetenz, gute Gesundheitsinformationen, eine patientenzentrierte Gesprächsführung und die gemeinsame Entscheidungsfindung sind wichtige Elemente des Empowerment.

1.1.4 Gesundheitskompetenz fördern: Gute Gesundheitsinformation und patientenzentrierte Gesprächsführung

Ein zentraler Hebel zur Stärkung von Gesundheitskompetenz sind gute und gut vermittelte Gesundheitsinformationen. Für alle präventiven, gesundheitsfördernden und die Gesundheitskompetenz steigernden Maßnahmen gibt es Gesundheitsinformationen in Form von Broschüren, Földern, Flyern, Plakaten, Kurzfilmen, Websites, Apps usw. In einer PVE sollten nur solche Gesundheitsinformationen aufliegen, aushängen, angeboten und verteilt werden, die die Qualitätskriterien der „Guten Gesundheitsinformation Österreich“ erfüllen.³ Eine „gute“ Gesundheitsinformation beantwortet auf verständliche Weise die Fragen von Patientinnen/Patienten, stützt sich dabei auf den aktuellen Stand des Wissens und ist frei von (versteckter) Beeinflussung.⁴ Sie zielt darauf ab, das Wissen über Gesundheit und Krankheit zu verbessern, und soll Patientinnen/Patienten befähigen, eigenständig oder gemeinsam mit dem PVE-Team Entscheidungen über Fragen der Krankenversorgung, aber auch der Prävention und der Gesundheitsförderung zu treffen.

Eine gute Gesundheitskommunikation und Gesprächsqualität sind die unverzichtbare Basis der Krankenversorgung, aber auch ein unerlässliches Werkzeug und eine wirksame Intervention in der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Gute Gesprächsführung ist lehr- und lernbar und kann durch strukturelle und organisationale Rahmenbedingungen ermöglicht und gesteuert werden.⁵ Sie hat positive Effekte auf den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Zufriedenheit der Patientinnen/Patienten, auf die Patientensicherheit, die Häufigkeit von Klagen

² Fonds Gesundes Österreich. Glossar. Empowerment. 2018. Online verfügbar: <http://fgoe.org/glossar/empowerment> (24. 10. 2018)

³ Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz. Gute Gesundheitsinformation Österreich. Zuletzt aktualisiert am 19. 3. 2018. Online verfügbar: <https://oepgk.at/gute-gesundheitsinformation-oesterreich/> (14. 12.2018)

⁴ Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. Gute Praxis Gesundheitsinformation. Berlin: 2015. Online verfügbar: www.ebm-netzwerk.de/gpgi (24. 10. 2018)

⁵ Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz. Gute Gesprächsqualität. Zuletzt aktualisiert am 15. 10. 2018. Online verfügbar: <https://oepgk.at/gute-gespraechsqualitaet-im-gesundheitssystem/> (14. 12. 2018)

wegen Behandlungsfehlern und auf die Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter (BMGF 2016). Es gibt gute Evidenz für die günstigen Auswirkungen einer gelungenen Kommunikation auf die Behandlungsergebnisse bei vielen akuten und chronischen Erkrankungen (Sator et al. 2015).

1.1.5 Organisationsentwicklung: Etablierung einer gesundheitskompetenten Organisation

Wer die Gesundheitskompetenz von Menschen steigern will, sollte nicht nur die dahinterliegenden Prinzipien und Methoden verstanden haben, sondern auch selbst möglichst gesundheitskompetent sein. Das gilt für das PVE-Team, aber auch für die PVE als Organisation. Eine gesundheitskompetente PVE versucht somit nicht nur die Gesundheitskompetenz ihrer Patientinnen/Patienten zu verbessern, sondern erklärt Gesundheitskompetenz zu einem zentralen Wert der gesamten Organisation. Eine PVE, die alle Merkmale einer gesundheitskompetenten Organisation umsetzt, fördert damit eine Umgebung, die Personen befähigt, die angebotenen Gesundheitsdienstleistungen optimal zu nutzen und bestmöglich davon zu profitieren.⁶

1.2 Ausfüllhilfe für Aspekte der Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz

Die folgenden Kapitel folgen der Chronologie und Struktur des Versorgungskonzepts und machen Vorschläge für mögliche Maßnahmen im Bereich der Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz. Texte, die sich zum Befüllen der Textfelder im Versorgungskonzept eignen, sind *grün und kursiv* geschrieben. Die Inhalte der Ausfüllhilfe sind Empfehlungen und keine Vorgaben.

⁶ Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz. Die zehn Merkmale einer gesundheitskompetenten Organisation. Zuletzt aktualisiert am 14. 6. 2018. Online verfügbar: <https://oepgk.at/rahmenbedingungen-in-organisationen-und-settings/> (14. 12. 2018)

2 Versorgungsziele des PVE-Teams

Die Versorgungsziele der PVE sollen sich am regionalen Bedarf orientieren. Daher werden Sie im Versorgungskonzept ersucht, die regionalen Gegebenheiten näher zu beschreiben. Um den Bedarf der Bevölkerung im Einzugsgebiet der PVE zu erheben bzw. abzuschätzen, stehen mehrere, kombinierbare Zugänge zur Verfügung:

- a) Regionale Versorgungsprofile Primärversorgung
- b) Daten von Bevölkerungsumfragen
- c) Kontakte mit regionalen Akteuren

- a) Regionale Versorgungsprofile Primärversorgung

Das BMASGK stellt künftig im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit als Unterstützung für PVE-Gründerinnen/-Gründer künftig sogenannte Regionale Versorgungsprofile Primärversorgung zur Verfügung, d. h. eine Zusammenstellung regionsspezifischer Zahlen und Fakten in Bezug auf das jeweilige Einzugsgebiet der betreffenden PVE. Erstellt werden sie von der Gesundheit Österreich GmbH, die auch ein Manual zu den regionalen Versorgungsprofilen Primärversorgung mit näheren Ausführungen zu den angeführten Indikatoren erstellt hat.

Relevante Indikatoren für den Aufgabenbereich „Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz“ sind – neben demografischen und sozioökonomischen Status – Informationen zu Risikofaktoren und zur Epidemiologie. Nachfolgend wird eine Interpretationshilfe für diese Indikatoren angeboten. Bitte beachten Sie bei der Interpretation der Anteile jedenfalls auch die absolute Anzahl der Fälle, die je nach Region bzw. Einzugsgebiet unterschiedlich sein kann.

- » Demografie und sozioökonomischer Status
 - » Die Altersstruktur der Bevölkerung im Einzugsgebiet (Indikatoren: %-Anteil Kinder (Alter \leq 14a), %-Anteil EW (Alter \geq 65a bzw. Alter \geq 75a)) gibt einen Hinweis darauf, ob eher ältere oder jüngere Menschen im Einzugsgebiet leben. Entsprechend dem Grundprinzip der Zielgruppenorientierung sind je nach Altersstruktur vermehrt Angebote für jüngere oder ältere Menschen vorzusehen bzw. auf diese zu verweisen. Bei einem höheren Anteil an älteren Menschen werden eher präventive Maßnahmen betreffend geriatrische Gesundheitsrisiken angezeigt sein als bei einem höheren Anteil an jüngeren Menschen.
 - » Der Anteil an in Einpersonenhaushalten lebenden Menschen 65+ dient als Indikator für alleinstehende Personen. Soziale Kontakte und Beziehungen sind ein wesentlicher Einflussfaktor für Gesundheit. Bei einem hohen Anteil an alleinstehenden Menschen kann vermehrt auf die Teilnahmemöglichkeit an sozialen Aktivitäten (Nachbarschaftszentren, Seniorenclubs) hingewiesen werden bzw. können bei Bedarf entsprechende regionale Maßnahmen bei Bedarf initiiert werden. Chronisch kranke Menschen können in Selbsthilfegruppen soziale Unterstützung erfahren. Auch bei der Organisation von Unterstützungsleistungen ist auf die Wohnverhältnisse zu achten (z. B. aufsuchende Angebote, Hausnotruf).

- » Der Indikator „Durchschnittseinkommen pro Einkommensbezieherin/-bezieher“ gibt Hinweise auf die Einkommenssituation der regionalen Bevölkerung. Ein niedriges Durchschnittseinkommen kann auf eine sozial schwache Region hinweisen (z. B. durch einen hohen Anteil an Arbeitslosen). Arbeitslosigkeit geht häufig mit einem Verlust an sozialen Beziehungen einher. Regionale Gesundheitsförderungsmaßnahmen (z. B. zur Förderung des sozialen Zusammenhalts angeboten über die „Gesunde Gemeinde“ angeboten) können hier etwas gegensteuern. Im Idealfall gibt es auch aufsuchende Arbeit (z. B. Stadteitarbeit).
Personen mit niedrigem Einkommen, schätzen ihre Gesundheit schlechter ein (Griebler et al. 2017). Bei sozial schwachen Patientinnen/Patienten gilt es bei präventiven Maßnahmen und bei der Krankenbehandlung, auch die Lebensumstände (u. a. Wohnverhältnisse) in den Blick zu nehmen. Eine kalte und feuchte Wohnung kann beispielsweise häufige Erkältungen begünstigen. Beim Verweis auf regionale Gesundheitsförderungsangebote ist auf einen niederschweligen Zugang (u. a. keine zusätzlichen Kosten für die Person) zu achten.
- » **Prävention und Risikofaktoren**
 - » Der Anteil an Personen mit „(sehr) schlecht“ selbst eingeschätzter eigener Gesundheit verweist auf Einschränkungen in der Alltagsbewältigung. Die selbst eingeschätzte Gesundheit ist ein guter Prädiktor für die Lebenserwartung. Hier sollte verstärkt auf Früherkennungsmaßnahmen und Prävention gesetzt werden, um Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.
 - » Indikatoren zum Gesundheitsverhalten der Bevölkerung (Anteil an Rauchern, Anteil an Personen mit zu wenig Bewegung, Anteil adipöser Menschen) geben Hinweise auf verstärkt anzubietende präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen. Die PVE kann diese entweder selbst anbieten oder entsprechende Kooperationspartner in der Region suchen. Ist etwa der Anteil an inaktiven Personen hoch, kann beispielsweise mit motivierender Gesprächsführung zu mehr Bewegung animiert und auf regionale Sportangebote hingewiesen werden.
- » **Indikatoren zu Epidemiologie und Mortalität**
 - » Die Lebenserwartung bei Geburt steht in der Regel in einem Zusammenhang mit strukturellen Einflussfaktoren. Eine unterdurchschnittliche Lebenserwartung kann z. B. auf eine sozial benachteiligte Bevölkerung im Einzugsgebiet hinweisen. Die Hintergründe können vielfältig sein, u. a. niedrige Bildung und/oder niedriges Einkommen. Regionale Gesundheitsförderungsangebote können diesen strukturellen Rahmenbedingungen entgegenwirken und die sozialen Beziehungen der Bevölkerung stärken bzw. sie zu einem gesunden Lebensstil animieren.
 - » Die Prävalenz ausgewählter Indikatoren (u. a. Diabetes Mellitus Typ II, psychische Störungen, Störungen des Bewegungs-/Stützapparates, chronische Kopf-, Kreuz- oder Nackenschmerzen) geben Hinweise darauf, für welche Erkrankungen vermehrt präventive Maßnahmen angeboten werden sollen und zu welchen Erkrankungen/Beschwerden Gesundheitsinformationen besonders relevant sein werden. Zudem können spezifische Gesundheitsförderungsangebote für die jeweiligen Erkrankungen/Beschwerden angeboten werden (z. B. Rückenschule bei Störungen des Bewegungsapparates).

- » Der Anteil von Pflegegeldbezieherinnen/-beziehern sowie die Nähe zu und die Anzahl an Pflegeheimen im Einzugsgebiet geben Hinweise auf einen eventuell erhöhten Betreuungsbedarf bei dieser Personengruppe (Stichwort „Hausbesuche“). Insbesondere bei Personen mit höher Pflegestufe und eingeschränkter Mobilität ist eine Dekubitusprophylaxe angezeigt. Neben den Pflegegeldbezieherinnen/-beziehern sind auch die pflegenden Angehörigen in den Blick zu nehmen und bei Anzeichen von Überlastung auf entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten (z. B. durch die Sozialarbeit) aufmerksam zu machen.
- » Die Zahl akutstationärer Patientinnen/Patienten mit Herzkrankheiten im Zeitraum von zwei Jahren pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner gibt Hinweise auf den Anteil an Personen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen an der Bevölkerung im Einzugsgebiet. Daraus können in weiterer Folge der Bedarf an präventiven Maßnahmen sowie der Bedarf an Angeboten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und an Gesundheitsförderung für diese Patientengruppe abgeleitet werden (z. B. Aufbau einer eigenen Bewegungsgruppe für Herz-Kreislauf-Patientinnen/-Patienten).
- » Die Zahl akutstationärer Patientinnen/Patienten mit Schenkelhalsfraktur im Zeitraum von zwei Jahren pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner gibt Hinweise auf die Anzahl an schweren Stürzen und auf den Bedarf an Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (u. a. im Rahmen von aufsuchenden Hausbesuchen).
- » Die Zahl akutstationärer Patientinnen/Patienten mit zerebrovaskulärer Erkrankung im Zeitraum von zwei Jahren pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner gibt auch Hinweise auf die Zahl an Schlaganfällen in der Region. Schlaganfälle können zu neurologischen Ausfallserscheinungen führen. Maßnahmen der Rehabilitation u. a. Ergo-, Physio- und Logotherapie sind in diesen Fällen häufig angezeigt. Ist die Zahl zerebrovaskulärer Erkrankungen hoch, kann ein vermutlich erhöhter Bedarf an MTDs abgeleitet werden. Diese können Patientinnen/Patienten unterstützen, wieder mehr Selbstständigkeit in ihrer Alltagsbewältigung zurückzugewinnen.
- » Die Zahl stationärer Patientinnen/Patienten mit Krebserkrankung im Zeitraum von zwei Jahren pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner gibt Hinweis auf den Bedarf an guten Abstimmungsprozessen mit entsprechenden Kooperationspartnern („integrierte Versorgung“). Krebserkrankungen bedeuten meist einen schweren Einschnitt in das Leben der Betroffenen. In Selbsthilfegruppen können sich diese Personen unter Gleichgesinnten austauschen und „aufgefangen“ werden. Entsprechend kann auch die Zusammenarbeit zwischen der PVE und mit regionalen Krebs-Selbsthilfegruppen gesucht werden.

b) Bevölkerungsumfragen

Nicht für alle gesundheitsrelevanten Indikatoren stehen Daten in ausreichender Qualität zur Verfügung, um in den „Regionalen Versorgungsprofilen Primärversorgung“ berücksichtigt zu werden. Zur Kompensation dieser Datendefizite können Bevölkerungsumfragen oder regionale Gesundheitsberichte herangezogen werden, um weitere Hinweise auf den Bedarf an präventiven, gesundheitsfördernden oder gesundheitskompetenzstärkenden Maßnahmen abzuleiten.

So zeigt insbesondere der Health Literacy Survey (Kickbusch et al. 2013), dass über 56 % der österreichischen Bevölkerung über eine problematische bis unzureichende Gesundheitskompetenz verfügen. Entsprechend dieser Ergebnisse hat sich die PVE darauf einzustellen, dass durchschnittlich jede zweite Patientin / jeder zweite Patient über eine problematische Gesundheitskompetenz verfügt. Dies bedeutet z. B., dass Patientinnen/Patienten nicht verstehen, was der Arzt sagt bzw. welche Vor-/Nachteile vorgeschlagene Behandlungsmöglichkeiten haben. Die vorliegende Ausfüllhilfe hilft dem PVE-Team diesen Herausforderungen zu begegnen, indem er mögliche Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz aufzeigt.

c) Kontakte mit regionalen Akteuren

Für viele Gesundheitsdeterminanten liegen keine quantitativen Daten vor. Der Kontakt zu lokalen Akteuren ist daher jedenfalls zu empfehlen. Hinweise auf den regionalen Versorgungsbedarf, aber auch auf die bereits bestehenden Angebote an Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz können über Gespräche mit der lokalen Bevölkerung, Selbsthilfegruppen, Gemeindevertreterinnen/-vertretern, Gesundheitsdiensteanbieterinnen/-anbietern, Vereinen und mit anderen Ärztinnen und Ärzte (Qualitätszirkel) gesammelt werden. Dadurch können u. a. regionale Strukturdaten in Erfahrung gebracht werden.

Ableitung von Bereichen, auf die ein besonderes Augenmerk gelegt werden soll

Abgeleitet aus dem Versorgungsbedarf, soll im Versorgungskonzept auch aufgezeigt werden, worauf ein besonderes Augenmerk gelegt werden soll. Deuten die Indikatoren beispielsweise einen hohen Anteil an Personen mit Übergewicht, kann durch Gesundheitsförderungsangebote (z.B. Vorträge zu gesunder Ernährung, Bewegungsgruppen) gegengesteuert werden.

Versorgungsziele

Gemäß § 6 Primärversorgungsgesetz sind die Versorgungsziele des Primärversorgungsteams im Versorgungskonzept näher zu beschreiben. Dabei können die Versorgungsziele seitens der Finanziers vorgegeben sein und/oder von den PVE-Gründerinnen/-Gründern vorgeschlagen werden.

Die Versorgungsziele sollten jedenfalls einen Bezug zum regionalen Bedarf herstellen (siehe Kapitel 2 im Versorgungskonzept) und möglichst „SMART“ sein, d. h. spezifisch, messbar, erreichbar, realistisch und terminiert (mit einem Zeithorizont versehen).

Beispiele für Versorgungsziele des PVE-Teams:

1. Die PVE erstellt bis zum Zeitpunkt XY eine Landkarte / einen Katalog aller regionalen Angebote für Gesundheitsförderung und Prävention.
2. Die PVE schult bis zum Zeitpunkt XY alle Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in Bezug auf Gesundheitskompetenz und erfüllt bis zum Zeitpunkt XY zumindest XY Merkmale einer gesundheitskompetenten Organisation.
3. Die PVE schult bis zum Zeitpunkt XY alle Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in Bezug auf gute Gesundheitskommunikation und Gesprächsqualität.

4. In der PVE bekommen alle aufhörwilligen Raucherinnen/Raucher Informationen zum „Rauchfrei Telefon“ und zu den nächstgelegenen Programmen zur Raucherentwöhnung (z. B. der Sozialversicherung).
5. Bis zum Zeitpunkt XY sind XY % aller Diabetikerinnen/Diabetiker im Disease-Management-Programm „Therapie Aktiv“ eingeschrieben.
6. In der PVE finden regelmäßige (z. B. halbjährlich) interdisziplinäre Fallbesprechungen für die Bereiche Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz statt.

3 Organisatorische Informationen zur geplanten PVE

3.1 Beschreibung des Standorts / der Standorte, Aufbauorganisation

3.1.1 Beteiligte Berufsgruppen

Gemäß dem Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich (BMG 2014) orientiert sich die personelle Ausstattung (Teamzusammensetzung) einer PVE am regionalen Bedarf und an dem damit erforderlichen Leistungsspektrum. Für die erfolgreiche Umsetzung von Maßnahmen der Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und zur Stärkung der Gesundheitskompetenz ist ein gemeinsames Verständnis dieser Grundkonzepte (vgl. Rojatz et al. 2018) und einer an Ressourcen orientierten Grundhaltung hilfreich. Zudem bedarf es Kompetenzen in patientenzentrierter Gesprächsführung. Das gesamte PVE-Team ist geschult, lebensstilassoziierte Risiken anzusprechen und im jeweiligen Arbeitsbereich eine spezifische und individuelle Lebensstilberatung durchzuführen. Die dafür erforderlichen Grundkompetenzen wie z. B. richtige Gesprächsführung, motivierende Ansprache, Kurzberatung etc. werden in internen oder externen Fort- und Weiterbildungen erlernt. Darüber hinaus haben die einzelnen Teammitglieder spezifische Rollen und Aufgaben in Hinblick auf den Aufgabenbereich.

Im Folgenden werden mögliche Aufgaben und Rollen der einzelnen Berufsgruppen im Bereich der Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz beschrieben.

1. Kernteam:

- d) **Allgemeinmedizinerin/-mediziner:** zentrale Rolle in allen Bereichen der Krankheitsprävention, insbesondere in den Bereichen Vorsorgeuntersuchung, Impfungen, Basisdiagnostik diverser Krankheitsbilder wie z. B. Osteoporose und Langzeitversorgung chronisch Kranker und multimorbider Patientinnen/Patienten. Aufgrund ihrer beruflichen Stellung und oft langen Beziehungen zu Patientinnen/Patienten haben Ärztinnen/Ärzte auch eine wichtige Funktion bei der Identifizierung von und Beratung bei lebensstilassoziierten Risiken und der Motivation zur Lebensstilveränderung.
- e) **Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson:** Diese Berufsgruppe übernimmt eine zentrale Rolle in allen Bereichen der Krankheitsprävention. Insbesondere bei der Identifizierung von und Beratung bei lebensstil- und lebensumfeldassoziierten Risiken, der Langzeitversorgung chronisch Kranker und multimorbider Patientinnen/Patienten, präventiven Hausbesuchen, präventiven Maßnahmen betreffend geriatrische Gesundheitsrisiken, aber auch bei der Identifikation von Gesundheitsressourcen und aktiven Unterstützung und Befähigung von Individuen, Gruppen und Familien (Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband 2018) siehe Kapitel 1.1.3).

- f) **Ordinationsassistentz:** Aufgrund ihrer zentralen Rolle im PVE-Team und als oft erste Anlaufstelle für Patientinnen/Patienten kann die Ordinationsassistentz, je nach Bereitschaft und Fähigkeit (Kompetenz), eine wichtige Rolle bei der Identifizierung von und Beratung bei lebensstil- und lebensumfeldassoziierten Risiken übernehmen.
2. Erweitertes Kernteam (in alphabetischer Reihenfolge):
- a) **Diätologie:** Kernkompetenz ist die Identifikation von und Beratung bei ernährungsassoziierten Gesundheitsrisiken unabhängig von Alter und Geschlecht der Betroffenen. Das Spektrum reicht somit vom übergewichtigen Kind über die Diabetesschulung bis zur Beratung bei Malnutrition (Mangelernährung) im Alter.
- b) **Ergotherapie und Physiotherapie:** Kernkompetenz ist die Identifikation von und Beratung bei bewegungsassoziierten Gesundheitsrisiken unabhängig von Alter und Geschlecht der Betroffenen. Das Spektrum reicht von Fehlhaltungen und Bewegungsstörungen bei Kindern über die Ergotherapie bei Erwachsenen bis zur Bewegungsberatung im Alter.
- c) **Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde:** zentrale Rolle in allen Bereichen der Krankheitsprävention, aber auch bei der Langzeitversorgung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher.
- d) **Psychotherapie und Psychologie:** Viele präventive, gesundheitsfördernde und die Gesundheitskompetenz steigernde Maßnahmen erfordern psychologische Kompetenzen. Das betrifft spezifische Schulungen und Beratungen, aber auch den Umgang mit Suchterkrankungen und das Coaching und die psychosoziale Betreuung in Krisensituationen und bei lang andauernden Belastungen.
- e) **Hebammen:** Die Kernkompetenz dieser Berufsgruppe liegt in der Beratung rund um die Themen Verhütung und Familienplanung (inkl. Schwangerschaftstest, „Pille danach“), der Betreuung und Begleitung während der Schwangerschaft und Geburt, in Fragen rund um das Stillen, in den von Hebammen durchzuführenden Untersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes und in der psychosozialen Beratung von Frauen und Familien (inkl. Vermittlung Früher Hilfen).
- f) **Logopädie:** Beratung, Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Störungen im Bereich der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Schluckens, der Mundfunktionen und des Hörens bei Menschen aller Altersgruppen
- g) **Sozialarbeit:** Die spezifischen Qualitäten und Leistungen der Sozialarbeit in der Primärversorgung sind sehr umfassend. Beispielshaft genannt seien die sozialrechtliche Beratung in puncto Kündigung, Krankenstand und Urlaub in Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit, die Hilfestellung bei der Beantragung öffentlicher Unterstützungsleistungen (bspw. Anträge für Reha-/Kur-/Erholungsaufenthalte, Pflegegeld, Unterstützungsfonds, Förderungen und Zuschüsse), die Begleitung bei Behördengängen, aber auch zu weiterführenden psychosozialen Angeboten (für Erstgespräche, Kontaktaufbau), das Erkennen möglicher Kindeswohlgefährdungen und die Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe zur Gewährleistung des Kinderschutzes, Hausbesuche bei Familien und Personen mit hohem psychosozialen Risiko (z. B. Gewaltbereitschaft, Alkoholmissbrauch, drohende Wohnungslosigkeit) etc.⁷

⁷ Finker, S.: Sozialarbeit in der Primärversorgung. Blog. Österreichisches Forum Primärversorgung. 2018. Online verfügbar: <https://primaerversorgung.org/2017/09/24/sozialarbeit-in-der-primaerversorgung> (24. 10. 2018)

3.1.2 Primärversorgungspartnerinnen/-partner (Kooperationen)

Auch wenn PVE zukünftig mehr gesundheitsfördernde und die Gesundheitskompetenz steigernde Maßnahmen durchführen sollen und entsprechende Maßnahmen in der PVE umgesetzt werden sollten, ist ihre Kooperation mit bestehenden Angeboten unverzichtbar. Dafür sollte schon im Versorgungskonzept eine Landkarte bzw. ein Katalog aller regionalen Angebote für Gesundheitsförderung und Prävention erstellt werden. Hinweise auf regionale Angebote können Sie z. B. bei Gesunden Gemeinden, Gesundheitsfonds oder der SV erhalten. Informationen über Selbsthilfegruppen in der Region erhalten Sie bei der Selbsthilfeunterstützungseinrichtung in ihrem Bundesland (https://oekuss.at/selbsthilfe_landesebene).

Wichtige Kooperationspartnerinnen/-partner sind dabei alle öffentlichen Krankenkassen mit ihren präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten (z. B. Tabakentwöhnung oder betriebliche Gesundheitsförderung), die Gesundheitsfonds mit ihrem Schulungsangebot (z. B. im Bereich Gesundheitskompetenz), die Frühe-Hilfen-Netzwerke (www.fruehehilfen.at), die Gesunden Gemeinden, der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) mit dem Bildungsnetzwerk und Gesundheitsförderungsprojekten, aber ggf. auch Frauengesundheitszentren, Schulen, Selbsthilfegruppen, Seniorenverbände, Sportvereine, Suchtberatungen etc. Die Angebote können von den externen Kooperationspartnern in deren Räumlichkeiten angeboten werden. Denkbar ist aber auch, dass Angebote von externen Kooperationspartnern direkt in den Räumlichkeiten der PVE angeboten werden.

3.1.3 Örtliche Erreichbarkeit

Der bzw. die PVE-Standorte sollen möglichst verkehrsgünstig gelegen sein und mit öffentlichen Verkehrsmitteln leicht zu erreichen sein. Dies reduziert Zugangsbarrieren für sozial schwache Personen, die sich kein Auto leisten können oder ältere Menschen, die nicht mehr Autofahren können.

Darüber hinaus unterstützt eine gute öffentliche Anbindung der PVE-Standorte den Umweltschutz. Die Vermeidung von Autoabgasen kann zudem befördert werden, in dem nur wenige Parkmöglichkeiten in PVE-Nähe zur Verfügung stehen.

3.1.4 Barrierefreiheit

Aus Sicht der Gesundheitsförderung geht Barrierefreiheit deutlich über bauliche Maßnahmen wie einen behindertengerechten Zugang oder barrierefreie Orientierung (Navigationshilfen) in der PVE hinaus (vgl. dazu auch BMASK 2016). Sie umfasst auch eine möglichst barrierefreie Kommunikation, d. h. einfache Erreichbarkeit per Telefon oder E-Mail und bedarfsgerechte Sprachdienstleistungen. Beim Ausfüllen des Versorgungskonzepts sollte diese umfassende Definition von Barrierefreiheit berücksichtigt werden. PVE müssen Menschen mit Behinderungen einen gleichberechtig-

ten Zugang zur Infrastruktur, Diagnostik und Therapie, Information und Beratung etc. bieten, unabhängig davon, ob sie als Zentrum oder Netzwerk oder in städtischen und ländlichen Gebieten angesiedelt sind.

Alle schriftlichen und mündlichen Informationen und Kommunikationen sollten für die wesentlichen Zielgruppen der PVE verständlich sein. Basis einer barrierefreien Kommunikation sind eine gute Gesundheitskommunikation und Gesprächsqualität (siehe Kapitel 1.1.2), die Verwendung von Alltagssprache (keine Fachausdrücke, einfache Sätze etc.), aktives Zuhören und das Anregen von Fragen, die Verwendung von Rückbestätigungstechniken wie Chunk-and-Check⁸ oder Teach-back⁹ (Schmidt-Kaehler et al. 2017), der Einsatz audiovisueller Hilfsmittel (z. B. Smileys), die Verwendung von Dolmetschdiensten etc.

3.1.5 Zeitliche Erreichbarkeit

3.2 Ablauforganisation

Ähnlich wie bei den Abläufen in der Krankenversorgung sollten in diesem Kapitel auch die Prozesse der Zusammenarbeit innerhalb der PVE bzw. mit Kooperationspartnerinnen/-partnern betreffend Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz beschrieben werden.

3.2.1 Arbeits- und Aufgabenverteilung

Wie bei der Beschreibung der Arbeits- und Aufgabenverteilung in der Krankenversorgung sollte dies auch in Hinblick auf präventive, gesundheitsfördernde und die Gesundheitskompetenz steigernde Maßnahmen geschehen. Ein Beispiel für eine Beschreibung der Arbeits- und Aufgabenverteilung wäre:

Das PVE-Team hat sich auf folgende Regelung der Zusammenarbeit bei der Durchführung der Vorsorgeuntersuchung geeinigt: Blut- und Harnabnahme und Unterstützung beim Ausfüllen des Anamnesebogens erfolgen durch die Ordinationsassistenz und/oder Pflegekraft. Klinische Untersuchung und Ausfüllen des Befundblatts erfolgen durch die Ärztin / den Arzt. Die Durchführung des Abschlussgesprächs erfolgt durch die Ärztin / den Arzt, wobei im Bedarfsfall eine spezielle Beratung bezüglich Tabak- und Alkoholkonsum, Bewegung und Ernährung durch Vertreterin-

⁸ Bei Chunk-and-Check wird die Information „stückchenweise“ gegeben und immer wieder Rückgefragt, ob die Patientin/der Patient das Gesagte verstanden hat.

⁹ Bei Teach-back handelt es sich um eine Rückfragetechnik, wo sich das PVE-Teammitglied rückversichert, dass die Patientin/der Patient das Gesagte verstanden hat.

nen/Vertreter anderer Gesundheitsberufe, etwa aus den Bereichen Diätologie, Physio- und Ergotherapie, Psychologie, oder diplomierte Pflege, erfolgt. Gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten werden Vereinbarungen bezüglich nächste Schritte getroffen.

3.2.2 Regelung der Zusammenarbeit im PVE-Team

Nur ein gut ausgebildetes, zufriedenes und in der Zusammenarbeit funktionierendes PVE-Team kann auch eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleisten. Deshalb ist es wichtig, sich schon bei der Planung bzw. Erstellung des Versorgungskonzepts Gedanken über die zukünftige Zusammenarbeit im Team zu machen. So beschreibt das „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich“ (BMG 2014) ein PVE-Team, das wertschätzend auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeitet. Das PVE-Management unterstützt gezielt eine moderne Organisationskultur und motivierende Arbeitsbedingungen. Dazu gehören regelmäßige Team- und Fallbesprechungen während der Dienstzeit. Es gibt klare Aufgaben und Rollenprofile (SOP), „SMART“ Ziele (siehe Kapitel 2), gemeinsame Werte und Einigkeit bezüglich der Versorgungskultur (z. B. Mission-Statement), eine offene wertschätzende Kommunikation, die auch Kritik ermöglicht, eine gemeinsame Entscheidungsfindung in Fragen, die das gesamte PVE-Team betreffen, bei Bedarf Fehleranalysen und Supervision etc.

Regelmäßige Team- und Fallbesprechungen ermöglichen es, auch den Bedarf von Patientinnen/Patienten aus multiprofessionellen Perspektiven zu betrachten. Darüber hinaus können durch den interdisziplinären Austausch auch häufige Erkrankungen oder Erkrankungsursachen identifiziert werden (z. B. gefährliche Kreuzung im Ort, Zunahme psychischer Erkrankungen aufgrund erhöhter Arbeitslosigkeit in der Region). Die PVE kann durch Aufzeigen solcher Zusammenhänge bei den zuständigen Stellen (z. B. Bürgermeisterin/Bürgermeister) einen Anstoß zu Maßnahmen der verhältnisbezogenen Prävention und/oder Gesundheitsförderung geben.

3.2.3 Strukturierte Zusammenarbeit mit PVE-Kooperationspartnerinnen/-partnern bzw. anderen Anbieterinnen/Anbietern im Gesundheits- und Sozialbereich

Eine strukturierte Zusammenarbeit mit PVE-Kooperationspartnerinnen/-partnern bzw. anderen Anbieterinnen/Anbietern im Gesundheits- und Sozialbereich ist unverzichtbar. Dafür sollte schon im Versorgungskonzept eine Landkarte bzw. ein Katalog aller regionalen Angebote erstellt werden. (Wichtige Kooperationspartnerinnen/-partner für den Bereich Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz siehe Kapitel 3.1.2.)

Die Zusammenarbeit setzt nicht nur die Kenntnis möglicher Kooperationspartnerinnen/-partner voraus, sondern auch die Abstimmung der Kooperationsmöglichkeiten mit diesen, um nach Möglichkeit strukturierte Prozesse der Zusammenarbeit zu etablieren. Dies bedeutet anfänglich etwas

mehr Aufwand, macht sich langfristig aber bezahlt, da Ad-hoc-Einzelfalllösungen vermieden werden (das sprichwörtliche Rad muss nicht immer neu erfunden werden). Zudem kann dadurch die Lotsenfunktion der PVE für Patientinnen/Patienten besser wahrgenommen werden. Zu erwähnen ist an dieser Stelle beispielsweise die strukturierte Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen in der Region, idealerweise orientiert an den Kriterien für selbsthilfefreundliche Gesundheitseinrichtungen (www.selbsthilfefreundlichkeit.de/gesundheitsseinrichtungen/selbsthilfefreundlich-werden).

3.2.4 Zielgruppenspezifische und populationsbezogene Aufgaben

Die PVE hat einen Versorgungsauftrag für die Bevölkerung im Einzugsgebiet. Deshalb erfordert die Erstellung eines Versorgungskonzepts auch eine den Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechende regionale Perspektive. Auch eine erfolgreiche Umsetzung präventiver, gesundheitsfördernder und die Gesundheitskompetenz steigernder Maßnahmen erfordert oft eine populationsbezogene Perspektive (Setting-Ansatz) und die Definition von Zielgruppen.

Für die Umsetzung zielgruppenspezifischer und populationsbezogener Maßnahmen eignet sich das Anlegen von Registern. In diesen sind zum Beispiel alle Personen mit bestimmten Erkrankungen (z. B. COPD, Diabetes, Herzinsuffizienz), bestimmten Merkmalen (z. B. Polypharmazie) oder Leistungen (z. B. Impfungen) erfasst. Auf Basis von Registern kann nicht nur die Kontinuität der Betreuung chronisch und multimorbid Erkrankter sichergestellt, sondern können auch die Behandlungsprozesse besser strukturiert, organisiert und einem Monitoring unterzogen werden. Auf Basis von Registern können auch Erinnerungssysteme (sogenannte Recall-Systeme) eingerichtet werden. Ob bzw. welche Register in einer zukünftigen PVE zum Einsatz kommen, sollte im Versorgungskonzept beschrieben werden.

Bei zielgruppenspezifischen Maßnahmen sollte aber auch an bestimmte Gruppen wie Kinder und Jugendliche, ältere Menschen etc. gedacht werden, für die ihnen adäquate Maßnahmen und Angebote im Versorgungskonzept beschrieben werden. Dabei sollte nicht vergessen werden, die diesbezüglichen Rollen und Aufgaben im multiprofessionellen interdisziplinären Primärversorgungsteam zuzuordnen. Ebenfalls unter zielgruppenspezifische Maßnahmen fallen alle Angebote für vulnerable Personen oder Gruppen wie alleinstehende einsame Menschen, Arbeitslose, Menschen mit Migrationshintergrund, Alleinerzieherinnen/Alleinerzieher, bettlägerige Personen etc.

Bei zielgruppenspezifischen Angeboten sollte auch an proaktive Angebote, d. h. aktives Zugehen auf bestimmte Gruppen gedacht werden. So profitieren speziell vulnerable Gruppen wie alleinstehende einsame Menschen, arme sozial benachteiligte Menschen, Arbeitslose, Menschen mit Migrationshintergrund, Alleinerzieherinnen/Alleinerzieher, bettlägerige Personen etc. davon, dass sie Angebote erhalten, ohne dafür die PVE aufsuchen zu müssen. Hier kann im Versorgungskonzept auch auf die Zusammenarbeit mit anderen Sozial- und Gesundheitsförderungsangeboten (z. B. Stadtteilarbeit) eingegangen werden.

3.3 Qualitätsmanagement

Die im ÖSG 2017 (BMGF 2017) definierten „organisatorische[n] Aufgaben in der (teambasierten) Primärversorgung“ können nur auf der Grundlage eines funktionierenden Qualitätsmanagements umgesetzt werden, dessen Basis die spezifischen Fort- und Weiterbildungen aller PVE-Teammitglieder, regelmäßige Qualitätszirkel, Balintgruppen, die Berücksichtigung evidenzbasierter Leitlinien und die Einhaltung aller rechtlichen Auflagen (z. B. Verschwiegenheit) bilden.

Im Versorgungskonzept muss näher darauf eingegangen werden, wie ein Qualitätsmanagement im Bereich Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz umgesetzt werden soll. Eine Möglichkeit wäre die Verwendung des Qualitätsmodells nach Avedis Donabedian mit seinen drei in Abhängigkeit zueinander stehenden Qualitätsdimensionen: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität:

1. Strukturqualität:

- » Patientinnen/Patienten haben die Möglichkeit, mittels aufliegender Formulare anonym ein Feedback im „PVE-Briefkasten“ abzugeben.
- » Für präventive, gesundheitsfördernde und die Gesundheitskompetenz steigernde Maßnahmen werden „standard operation procedures“ (SOP) erstellt.
- » In der PVE wird ein Register und Recall-System für Patientinnen/Patienten mit den häufigsten chronischen Erkrankungen eingerichtet.

2. Prozessqualität:

- » PVE-Teammitgliedern wird es ermöglicht (Freistellung, Kostenübernahme), regelmäßige Aus-, Fort- und/oder Weiterbildung (inkl. Nachweis) im Bereich Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz zu absolvieren.
- » Das PVE-Team führt regelmäßige Teambesprechungen (Qualitätszirkel) durch, bei denen Struktur-/Prozess-/Ergebnisqualitätsergebnisse anhand ausgewählter Fälle analysiert und entsprechende Verbesserungsmaßnahmen beschlossen werden.
- » Bei allen Patientinnen/Patienten mit den häufigsten chronischen Erkrankungen werden den geltenden Leitlinien entsprechend behandelt, und die international üblichen Prozessindikatoren der Qualitätssicherung werden erhoben.

3. Ergebnisqualität:

- » Im Rahmen von Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten, die durch die PVE durchgeführt werden oder an denen das PVE-Team beteiligt ist, werden zu einem geeigneten Zeitpunkt (z. B. vorher/nachher) wichtige Ergebnisse wie z. B. die Lebensqualität der Zielgruppe mittels eines validen Fragebogens erhoben.
- » Die PVE hat eine vollständige Übersicht über alle wesentlichen Komplikationen bei Patientinnen/Patienten mit den häufigsten chronischen Erkrankungen.
- » Das PVE-Team kümmert sich, z. B. durch aktives Nachfragen, um das Ergebnis von Behandlungen (inkl. Dokumentation).

3.4 Informations- und Datenmanagement

Auch bei präventiven, gesundheitsfördernden und die Gesundheitskompetenz steigernden Maßnahmen können telemedizinische Methoden wie z. B. Apps zum Einsatz kommen. Wichtig ist dabei die Evidenzbasierung bzw. ein nachgewiesener Nutzen.

In jedem Fall sollte die PVE ihren Patientinnen/Patienten die Möglichkeit für Feedback bieten und Regeln für ein Beschwerdemanagement erstellen. Auch durch die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen kann (diagnosespezifisches) Feedback zu Versorgungsprozessen eingeholt werden (z. B. jährliches Treffen mit den regionalen Selbsthilfegruppen).

Für die Umsetzung zielgruppenspezifischer und populationsbezogener Maßnahmen eignet sich das Anlegen von Registern (siehe Kapitel 3.2.4).

Auf Basis von Registern können auch Erinnerungssysteme (sogenannte Recall-Systeme) eingerichtet werden. Ob bzw. welche Register und Recall-Systeme in einer zukünftigen PVE zum Einsatz kommen, sollte im Versorgungskonzept beschrieben werden.

3.5 Gemeinsamer Auftritt nach außen

Bei allen Auftritten nach außen wie Homepage, Informationsbroschüren, Aushängen, Leistungsprofil etc. sollten auch alle Angebote im Bereich Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz berücksichtigt werden (siehe auch Kriterien für gute Gesundheitsinformation, Kapitel 1.1.4). Nach Möglichkeit sollte bei der Entwicklung der Homepage auch auf Barrierefreiheit geachtet werden. Weiterführende Infos dazu sind z. B. auf <http://www.einfach-barrierefrei.net> abrufbar.

3.6 Ausbildung – lehrende Organisation

Nicht nur in der Krankenversorgung, sondern auch im Bereich Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz sollte eine PVE eine lehrende Organisation sein, in der Studierende oder anderweitig Lernende Praktika, Famulaturen oder eine Lehrpraxis absolvieren können. Neben fachlichen berufsspezifischen Lehrinhalten kann eine PVE vor allem jene Basiskompetenzen vermitteln, die für eine erfolgreiche Umsetzung präventiver, gesundheitsfördernder und die Gesundheitskompetenz steigernder Maßnahmen notwendig sind wie v. a. einen umfassenden Gesundheitsbegriff, gute Gesundheitskommunikation und patientenzentrierte Gesprächsqualität, Zielgruppen- und Ressourcenorientierung und vieles mehr.

4 Aufgabenprofil / medizinisches Leistungsspektrum

Die nachfolgende Struktur orientiert sich am Versorgungskonzept, welches im Rahmen der Bundeszielsteuerung entwickelt wurde. Wie bereits in der Einleitung aufgezeigt, werden auch Texte vorgeschlagen, die sich zum Ausfüllen der Freitextfelder im Versorgungskonzept eignen. Entsprechende Textstellen sind *grün und kursiv* geschrieben. Die Inhalte der Ausfüllhilfe sind Empfehlungen und keine Vorgaben. Bei der vorliegenden Ausfüllhilfe handelt es sich zudem um ein lernendes Dokument, welches, basierend auf den gemachten Erfahrungen, regelmäßig aktualisiert und weiterentwickelt werden soll.

4.1 Basisaufgaben

Auch bei den allgemeinen Basisaufgaben im Versorgungskonzept gibt es immer einen Bezug zu Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz. Um Wiederholungen zu vermeiden, wird im Folgenden auf die im Kapitel 3.2 angeführten Maßnahmen verwiesen und werden weitere Maßnahmen ggf. nur stichwortartig angeführt.

In der Primärversorgung ist die Entscheidungsfindung hinsichtlich eines bestimmten diagnostischen Tests oder einer bestimmten therapeutischen Intervention immer abhängig von der Beziehung mit der betroffenen Person und dem Wissen über diese, deren Persönlichkeit und Lebensumfeld. Es wird immer der ganze Mensch, seine Präferenzen, Wünsche, Ziele berücksichtigt – und nicht nur bestimmte medizinische Aspekte. Evidenzbasierte Leitlinien fließen in den Entscheidungsprozess ein, werden aber den oben formulierten Eigenheiten der Patientinnen/Patienten angepasst.¹⁰ Die Entscheidungsfindung ist somit kein geradliniger Prozess. Vielmehr arbeitet das PVE-Team in einem komplex determinierten Feld mit eher wenigen festen allgemeingültigen Grundlagen.

Anzustreben ist, dass präventive, gesundheitsfördernde und die Gesundheitskompetenz steigernde Maßnahmen sinnvoll in diesen komplexen Entscheidungsprozess integriert werden, zum Nutzen der Patientinnen/Patienten und der versorgten Bevölkerung.

¹⁰ Abholz, H. H.; Wilm, S.: Entscheidungsfindung in der Allgemeinmedizin. In: Kochen, M. M. (Hrsg.): Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 2017, S. 645–655

4.1.1 Ambulante Grundversorgung und Verlaufskontrolle bei Akutfällen allgemein

Gerade in der Behandlung von Akutfällen gilt es nach Möglichkeit die Grundorientierung an Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz zu beachten. Insbesondere sind gute Gespräche und gute Gesundheitsinformationen für die Grundversorgung und Verlaufskontrolle zur Stärkung einer aktiven Patientenrolle wichtig (vgl. Kapitel 1.1).

4.1.2 Akutversorgung und Verlaufskontrolle bei komplexen Fällen

Gerade in der Behandlung von Akutfällen gilt es nach Möglichkeit die Grundorientierung an Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz zu beachten. Insbesondere sind gute Gespräche und gute Gesundheitsinformationen zur besseren Orientierung von Patientinnen/Patienten und ihrer Angehörigen in komplexen Fällen wichtig (vgl. Kapitel 1.1).

4.1.3 Langzeitversorgung chronisch Kranker und multimorbider Patientinnen/Patienten

kontinuierliche Begleitung, fortgesetzte Betreuung, Anleitung und Behandlung nach „state of the art“ von Patientinnen/Patienten mit einer oder mehreren chronischen Erkrankung(en) in enger Zusammenarbeit mit dem spezialisierten Fachbereich/Sonderfach

- » multidimensionales „Assessment“: Stuserhebung und Bewertung der lebensstil- und lebensumfeldassoziierten Risiken (mögliche Maßnahmen für das Versorgungskonzept siehe 4.1.5 zu Vorsorgeuntersuchung sowie Identifizierung lebensstil- und lebensumfeldassoziierten Risiken)
- » Schulung und Anleitung von Patientinnen/Patienten oder ihrer Angehörigen im Rahmen gesundheitsbezogener Problemstellungen im Lebensumfeld, z. B. in Bezug auf Ernährung und Bewegung (mögliche Maßnahmen für das Versorgungskonzept siehe Kapitel 4.1.5 u. a. zu Vorsorgeuntersuchung, präventiven Maßnahmen bezüglich chronischer Erkrankungen [„Hausbesuche“], präventive Maßnahmen betreffend geriatrische Gesundheitsrisiken [„Beratung“] u. a. in „Bezug auf Sturz- und Dekubitusprophylaxe“, Identifikation von Gesundheitsressourcen [„Schulungen für Angehörige“])
- » Anleitung zum selbstbestimmten Umgang mit Erkrankungen (Empowerment), z. B. bezüglich Heilbehelfen/Hilfsmitteln, Medikamenten (mögliche Maßnahmen für das Versorgungskonzept siehe Kapitel 4.1.5 u. a. zu präventiven Maßnahmen betreffend geriatrische Gesundheitsrisiken, Identifikation von Gesundheitsressourcen [...])

Hausbesuche und aufsuchende Dienste

- » bei Bedarf Aufsuchen der Patientinnen/Patienten in ihrem Wohnumfeld (mögliche Maßnahmen für das Versorgungskonzept siehe Kapitel 4.1.5 u. a. zu präventiven Maßnahmen betreffend Risiken chronischer Erkrankungen [„Hausbesuche“], präventiven Maßnahmen betreffend geriatrische Gesundheitsrisiken [„Hausbesuche“])

Sicherstellen der psychosozialen und sozialmedizinischen Versorgung

Koordination bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste

- » Identifikation einschlägiger regionaler Anbieterinnen/Anbieter und Aufbau einer strukturierten Kooperation, um diese bei Bedarf schnell und unkompliziert abrufen zu können.

Bereitstellen von Information, Anleitung und Beratung für Patientinnen/Patienten sowie Familien / Angehörige / betreuende Personen von Menschen mit einer chronischen Erkrankung sowie multimorbide Patientinnen/Patienten, inkl. Beratung bezüglich Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht (medizinischer Inhalt)

- » mögliche Maßnahmen für das Versorgungskonzept siehe 4.1.5 zu präventiven Maßnahmen betreffend allgemeine Gesundheitsrisiken

4.1.3.1 Besondere Versorgungsanforderungen bei Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen

4.1.3.2 Besondere Versorgungsanforderungen bei Kindern und Jugendlichen

Basisdiagnostik, Therapie, Verlaufskontrolle bei akuten Gesundheitsbeschwerden und bei Bedarf Weiterleiten an und/oder Zusammenarbeit mit Fachärztinnen/-ärzten für Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie und kinder-/jugendspezifischen Einrichtungen in allen Versorgungsstufen

- » Beurteilung des physischen und psychischen Entwicklungsstandes des Kindes/Jugendlichen, sowie Erkennen und gegebenenfalls Therapie bei Auffälligkeiten. Bei Bedarf werden die Eltern und die Patientin / der Patient an andere Einrichtungen und Unterstützungsangebote weitergeleitet.

Langzeitversorgung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher in enger Zusammenarbeit mit dem spezialisierten Fachbereich/Sonderfach

- » Schulung und Anleitung im Rahmen gesundheits- und krankheitsbezogener Problemstellungen im Lebensumfeld (inkl. Kindergarten, Schule), z. B. bezüglich Heilbehelfen/Hilfsmitteln, Medikamenten, Ernährung, Mobilität (mögliche Maßnahmen für das Versorgungskonzept

siehe Kapitel 4.1.5 „Identifizierung von und Beratung bei lebensumfeldassoziierten Risiken“, präventive Maßnahmen betreffend Risiken chronischer Erkrankungen („Hausbesuche“)

Hausbesuche und aufsuchende Dienste

- » Bei Bedarf Aufsuchen der Patientinnen/Patienten im Wohnumfeld (mögliche Maßnahmen für das Versorgungskonzept siehe Kapitel 4.1.5 präventive Maßnahmen betreffend chronische Erkrankungen („Hausbesuche“))

Bereitstellen von Information, Anleitung und Beratung für Patientinnen/Patienten, Familien / Angehörige / Personen, die Kinder und Jugendliche insbesondere mit einer chronischen und/oder psychischen Erkrankung bzw. mit Behinderung(en)

- » mögliche Maßnahmen für das Versorgungskonzept siehe Kapitel 4.1.5.

darüber hinausführende Maßnahmen¹¹

- » Österreichweit verfügt gut die Hälfte (55 %) der Sechsjährigen über ein kariesfreies Milchgebiss (der Zielwert für 2020 liegt bei 80 Prozent). Eine breit angelegte Basisprophylaxe inkludiert auch Maßnahmen, die durch eine PVE angeboten werden. Bei Kindern und Jugendlichen sollte der Zahnstatus regelmäßig kontrolliert werden. Bis zum 6. Lebensjahr übernehmen Eltern, z. B. durch Nachputzen, die Kontrolle der Qualität der täglichen Zahnreinigung und müssen bei Bedarf informiert, beraten und geschult werden. Dies inkludiert die Empfehlung regelmäßiger Zahnarztbesuche und die Sanierung bereits bestehender kariöser Defekte. PVE sind Anlaufstellen aller sozialen Gruppen und können deshalb einen Beitrag zur Chancengleichheit für sozial benachteiligte Kinder leisten, die auch in Österreich überproportional von Karies betroffen sind. Eine PVE könnte z. B. Intensivprophylaxeprogramme für Kinder mit Eltern aus sozial schwachen Schichten mit geringem Bildungsgrad und/oder mit Migrationshintergrund anbieten – eventuell schon in der Schwangerschaft, z. B. durch Hebammen, oder in der Frühkindheit durch speziell geschulte PVE-Teammitglieder. Ziel ist die richtige Zahnpflege, eine zahngesunde Ernährung, der regelmäßige Zahnarztbesuch und die Verwendung altersentsprechend fluoridierter Zahnpasta. (Mehr Infos unter www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.780852)

4.1.3.3 Besondere Versorgungsanforderungen bei alten Menschen

Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle geriatrischer Patientinnen/Patienten unter Berücksichtigung ihrer individuellen Bedürfnisse in Zusammenarbeit mit geriatrischen Einrichtungen in allen Versorgungsstufen

¹¹ Die nachfolgenden Maßnahmen gehen über die im Versorgungskonzept vorgesehenen Maßnahmen hinaus.

- » geriatrisches Basis-Assessment des individuellen Versorgungsbedarfs (mögliche Aufgaben für das Versorgungskonzept siehe Kapitel 4.1.5 präventive Maßnahmen betreffend geriatrische Gesundheitsrisiken)
- » Schulung und Anleitung im Rahmen gesundheits- und krankheitsbezogener Problemstellungen im Lebensumfeld, z. B. in Bezug auf Hilfsmittel/Heilbehelfe, Medikamente, Ernährung und Mobilität (mögliche Maßnahmen für das Versorgungskonzept siehe Kapitel 4.1.5 präventive Maßnahmen betreffend geriatrische Gesundheitsrisiken)

Hausbesuche und aufsuchende Dienste

- » bei Bedarf Aufsuchen der Patientinnen/Patienten im Wohnumfeld (mögliche Maßnahmen für das Versorgungskonzept siehe Kapitel 4.1.5 präventive Maßnahmen betreffend geriatrische Gesundheitsrisiken)

Bereitstellen von Information, Anleitung und Beratung für Patientinnen/Patienten sowie Familien / Angehörige / betreuende Personen von alten Menschen, inkl. Beratung bezüglich Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht

- » mögliche Maßnahmen für das Versorgungskonzept siehe Kapitel 4.1.5 präventive Maßnahmen betreffend geriatrische Gesundheitsrisiken, Identifikation von Gesundheitsressourcen, Gesundheitskompetenz von Individuen, Gruppen und Familien stärken sowie Mitwirkung an populationsbezogenen und zielgruppenspezifischen regionalen Gesundheitsförderungsmaßnahmen). Auf Basis der Beratung werden mit der Patientin / dem Patienten nächste Schritte festgelegt.

weitere Maßnahmen

Zirka 80 Prozent der aktuell rund 458.000 Pflegegeldbezieherinnen/-bezieher in Österreich werden zu Hause betreut und gepflegt. Ermöglicht wird dies v. a. durch (weibliche) Angehörige. Ein Beitrag zur Entlastung pflegender Angehöriger sind Pflegestammtische, die von PVE organisiert werden könnten. Diese rücken die betreuende bzw. pflegende Person in den Mittelpunkt der Betrachtung, sind Ort des Austausches, des Wiederentdeckens der Lebensfreude, des Lernens und der Wertschätzung und tragen damit zur Erhaltung der seelischen und körperlichen Gesundheit bei. Sie verhüten soziale Isolation und Vereinsamung vor allem pflegender Frauen und geben die Kraft weiterzumachen. (Mehr Infos unter http://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/2018-07/Sammelband_Faire_Chancen_gesund_zu_altern.pdf)

4.1.4 Rehabilitative Therapie

Sicherstellen der bedarfsspezifischen rehabilitativen wohnortnahen Versorgung

- » Bei Bedarf Aufsuchen und Organisation von Unterstützung der Patientinnen/Patienten im Lebensumfeld (mögliche Maßnahmen für das Versorgungskonzept siehe Kapitel 4.1.5 präventive Maßnahmen betreffend Risiken chronischer Erkrankungen [„Hausbesuche“], präventive Maßnahmen betreffend geriatrische Gesundheitsrisiken)

weitere Maßnahmen:

Aufgrund des multiprofessionellen interdisziplinären Teams sind PVE gut geeignet, die ambulante wohnortnahe Rehabilitation zu unterstützen, vor allem in folgenden Bereichen (Gyimesi et al. 2016):

- » stärkere Aktivierung des Selbsthilfepotenzials durch Einbeziehung der Lebenswelt (Familie, Alltagsbelastungen, Arbeitswelt) in die rehabilitativen Bemühungen
- » Förderung der (Re-)Integration in das Wohnumfeld
- » Verkürzung von Arbeitsunfähigkeit, insbesondere durch gleichzeitige stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, und erleichterte Kontaktaufnahme zum Betrieb zwecks frühzeitiger Einleitung innerbetrieblicher Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Wiedereingliederung (z. B. ergonomische Arbeitsplatzgestaltung)
- » verbesserte Kooperation mit Nachsorgeeinheiten der Phase IV (z. B. Rehabilitationssport, Funktionstraining, Kontaktanbahnung bezüglich Selbsthilfegruppen, Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten)
- » Nutzung der Ressourcen vorhandener mobiler Pflege- und Sozialdienste
- » Einsatz der International Classification of Functioning, Disability and Health (internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit [ICF]). Sie ermöglicht es, den Gesundheitszustand in allen Dimensionen, insbesondere auch unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren, also des Lebenshintergrunds der Patientinnen/Patienten darzustellen. Damit wird die Rehabilitation individualisiert und den jeweiligen Bedürfnissen angepasst.

4.1.5 Prävention und Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten stärken

Präventive Maßnahmen betreffend allgemeine Gesundheitsrisiken

Vorsorgeuntersuchung gemäß nationalen Vorsorgeuntersuchungsprogramm

Die Vorsorgeuntersuchung (VU) steht allen Personen ab 18 Jahren mit Wohnsitz in Österreich einmal jährlich kostenlos zu, unabhängig davon, ob sie versichert sind oder nicht. Gemäß dem Handbuch der Österreichischen Sozialversicherung wurden 2017 998.977 VU durchgeführt, der Großteil davon in der Primärversorgung. Ziel der VU ist die Reduktion von Herz-Kreislauf- und Krebs-Erkrankungen. Teil des individuellen Abschlussgesprächs ist auch eine Aufklärung/Beratung über einen gesunden Lebensstil. Weitere Informationen zur VU finden sich in der zugehörigen Arztbroschüre.¹²

¹² Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger. Arztbroschüre. Vorsorgeuntersuchung. 2005. Online verfügbar: www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.758443&viewmode=content (24. 10. 2018)

Empfohlene Maßnahmen für PVE:

1. *In die Durchführung einer qualitativ hochwertigen VU werden auch andere Gesundheitsberufe eingebunden. Blut- und Harnabnahme und Unterstützung beim Ausfüllen des Anamnesebogens erfolgen durch Ordinationsassistenz und/oder Pflegekraft. Klinische Untersuchung und Ausfüllen des Befundblatts erfolgt durch die Ärztin / den Arzt. Die Durchführung des Abschlussgesprächs erfolgt durch die Ärztin / den Arzt, wobei im Bedarfsfall eine spezielle Beratung bezüglich Tabak- und Alkoholkonsum, Bewegung und Ernährung durch Vertreterinnen/Vertreter anderer Gesundheitsberufe, etwa aus den Bereichen Diätologie, Physio- und Ergotherapie, Psychologie, oder diplomierte Pflege, erfolgt. Die Ergebnisse und die Empfehlungen des Abschlussgesprächs sowie die gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten getroffenen Entscheidungen bezüglich nächster Schritte werden in schriftlicher Form ausgehändigt.*
2. *Ein individuelles Risikoprofil für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wird auf Basis des New Zealand Risk Score erstellt (siehe VU-Ärztbroschüre S. 24 ff.). Zur Unterstützung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung wird z. B. das von Instituten für Allgemeinmedizin in Deutschland entwickelte Tool „arriba“ (<https://arriba-hausarzt.de>) eingesetzt. Dieses visualisiert nicht nur das zukünftige Herz-Kreislauf-Risiko in ganzen Zahlen mittels Smileys, sondern erklärt auch die Effekte von Lebensstilveränderungen und medikamentösen Interventionen. Ärztin/Arzt und Patientin/Patient können auf dieser Basis gemeinsam über mögliche Strategien entscheiden.*
3. *Im Bedarfsfall erhalten die VU-Teilnehmerinnen/-Teilnehmer konkrete Angebote zur Lebensstilveränderung, z. B. eine Überweisung zum nächstgelegenen Tabakentwöhnungsprogramm (z. B. der Sozialversicherung) und/oder einen Hinweis auf das Rauchfrei-Telefon (<https://rauchfrei.at>). Oder sie werden zur Teilnahme an einem regionalen Ernährungs- und/oder Bewegungsprogramm motiviert oder zur Inanspruchnahme einer spezifischen Maßnahme, die von der PVE angeboten wird (siehe auch Kapitel 3.1).*
4. *Die Beratung über und ggf. Überweisung zu Früherkennungsmaßnahmen, insbesondere zur Früherkennung von Brust-, Gebärmutterhals- und Dickdarmkrebs, erfolgt unter Einhaltung der nationalen Empfehlungen (z. B. Altersgrenzen, Untersuchungsintervalle) und in Abstimmung mit der Patientin/dem Patienten*

Weitere mögliche Maßnahmen:

- » *Die PVE bietet spezielle Angebote für chronisch kranke Personen (z. B. Kurse zur Verbesserung des Selbstmanagements, Case-Management).*
- » *Die PVE führt ein Register und Recall-System für Personen mit hohem Herz-Kreislauf-Risiko.*

Früherkennung von Störungen des Bewegungsapparats

Störungen des Bewegungsapparats gehören zu den häufigsten Gründen für Krankenstand und Frühpensionierung. Gemäß dem Österreichischen Gesundheitsbericht 2016 leiden zirka 1,8 Millionen Österreicherinnen/Österreicher (24 Prozent der über 15-Jährigen) unter chronischem Rückenschmerz (BMASGK 2018b). Erste Anlaufstelle für Menschen mit Störungen des Bewegungsapparats ist die Primärversorgung.

Empfohlene Maßnahmen für PVE:

1. *Die Diagnostik (inkl. Früherkennung) und Therapie von Störungen des Bewegungsapparats erfolgt multiprofessionell und interdisziplinär. Für die gezielte Einbindung nichtärztlicher Berufsgruppen, etwa aus den Bereichen Ergo- und Physiotherapie, Psychologie und Pflege in die Anamnese, klinische Untersuchung, weiterführende Diagnostik und Therapie von Störungen des Bewegungsapparats werden gemeinsam interdisziplinäre Leitlinien, sogenannte „standard operation procedures“ (SOP) erstellt. Diese können individuell an die tatsächlichen Erfordernisse angepasst werden. Bei chronischen Verläufen (über sechs Wochen Schmerzdauer und unzureichender Therapieerfolg) ist ein interdisziplinäres Assessment unter Beteiligung aller in die Behandlung involvierter PVE Teammitglieder (evtl. unterstützt durch eine externe Fachärztin / einen externen Facharzt) obligatorisch.*
2. *Die Diagnostik und Therapie chronischen Rückenschmerzes berücksichtigt schon bei der Anamnese auch psychosoziale (inkl. arbeitsbezogene) Ursachen, da diese den Krankheitsverlauf und Heilungsprozess entscheidend beeinflussen. Die Therapie wird gemeinsam mit der Patientin/ dem Patienten festgelegt und erfolgt multimodal und bezieht neben Ergo- und Physiotherapie ggf. auch Psychologie, Psychotherapie sowie kognitive Verhaltenstherapie in die Behandlung mit ein.*
3. *Es erfolgt eine proaktive Kontrolle des Krankheitsverlaufs bei chronischen Störungen des Bewegungsapparats durch das PVE-Team – je nach Wunsch der Betroffenen entweder durch Vereinbarung eines Kontrolltermins, telefonisch, per E-Mail oder mittels Hausbesuchs.*

Weitere mögliche Maßnahmen:

- » *Die Risikostratifizierung von Rückenschmerzen erfolgt mittels valider Tools (z. B. STarT Back Screening Tool [SBST]: www.keele.ac.uk/sbst/startbacktool)*
- » *Bei Bedarf erhalten Personen mit chronischem Rückenschmerz auch Angebote zur Schmerz- und Stressbewältigung, Entspannung und Körperwahrnehmung.*
- » *Die PVE erstellt ein Register und Recall-System für Patientinnen/Patienten mit chronischen Störungen des Bewegungsapparats.*

Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen

Die meisten Personen mit sexuell übertragbaren Erkrankungen (STD) haben keine Symptome. Für Österreich relevant sind v. a. Gonorrhöe, Hepatitis, „human immunodeficiency virus“ (HIV), humane Papillomaviren (HPV), Lymphogranuloma, Syphilis (Lues) und Trichomoniasis.¹³ Bei einigen STD (Hepatitis, HPV) ist die Primärprävention mittels Impfung möglich. Bei allen Erkrankungen besteht die Möglichkeit der Früherkennung durch diagnostische Tests.

¹³ European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC): STDs in Europe 2016. Surveillance Report. Online verfügbar: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/sexual-transmitted-infections-europe-surveillance-report-2013.pdf> (24. 10.2018)

Empfohlene Maßnahmen für PVE:

1. *Die PVE bietet in Bezug auf die Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen eine kompetente Beratung an, legt entsprechendes Informationsmaterial auf bzw. stellt es bei Bedarf zur Verfügung und beteiligt sich an Aufklärungskampagnen des öffentlichen Gesundheitssystems. Auf Basis der Beratung werden mit der Patientin/dem Patienten nächste Schritte festgelegt.*
2. *Impfungen zur Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen (Hepatitis B, HPV) werden gemäß dem aktuellen österreichischen Impfplan angeboten und verabreicht.*
3. *Im Bedarfsfall (Verdacht oder auf Wunsch von Patientinnen/Patienten) bietet die PVE einen HIV-(COMBO-)Test an. Wird ein HIV-Test von ärztlicher Seite zur Abklärung eines medizinisch begründeten Verdachts verordnet, werden die Kosten von den Sozialversicherungsträgern übernommen. In anderen Fällen sind allfällige Kosten für den Test selbst zu tragen. Vorab werden betroffene Personen über die Konsequenzen möglicher Testergebnisse aufgeklärt und müssen eine schriftliche Einverständniserklärung unterzeichnen. Bei einem positiven Testergebnis wird ein Bestätigungstest durchgeführt. Ergibt auch dieser einen positiven Befund, erhält die betroffene Person eine eingehende persönliche Aufklärung und Beratung, ggf. eine Überweisung an eine spezialisierte Facheinrichtung (z. B. AIDS-Hilfe). Während der gesamten Abklärung wird eine maximale Vertraulichkeit gewährleistet. Laut AIDS-Gesetz besteht eine Meldepflicht für jede Erkrankung an AIDS (Nachweis einer HIV-Infektion und zumindest einer AIDS-definierenden Erkrankung). Diese Meldung erfolgt jedoch lediglich mit Bekanntgabe der Anfangsbuchstaben von Vor- und Nachnamen, des Geburtsdatums, des Geschlechts und krankheitsspezifischer Daten.*

Weitere mögliche Maßnahmen:

- » *Das Vorliegen einer STD wird gemäß den gesetzlichen Richtlinien gemeldet.*
- » *Es erfolgt eine proaktive Kontrolle des Krankheitsverlaufs.*
- » *Im Bedarfsfall erfolgt die Überweisung zur weiterführenden fachärztlichen Versorgung, AIDS-Hilfe etc.*

Impfungen gemäß „Impfplan Österreich“: Impfberatung, Durchführen von Impfungen, Wartung des Impfstatus

Moderne Impfungen gehören zu den kosteneffektivsten medizinischen Interventionen. Der Österreichische Impfplan 2018 (BMASGK 2018a) enthält alle aktuellen nationalen Impfempfehlungen.

Empfohlene Maßnahmen für PVE:

1. *Die PVE bietet eine korrekte, vollständige und verständliche Impfberatung an. In der PVE ist der aktuelle Impfplan ausgehängt, und es liegt dort entsprechendes Informationsmaterial (z. B. der Sozialversicherung) auf bzw. wird bei Bedarf zur Verfügung gestellt. Die PVE beteiligt sich aktiv an Impfkampagnen des öffentlichen Gesundheitssystems.*
2. *In der PVE finden regelmäßig (z. B. einmal jährlich) Fort- und Weiterbildungen zum Thema Impfungen (z. B. im Rahmen von Qualitätszirkeln) für das gesamte PVE-Team statt. Dabei*

wird auf strikte Unabhängigkeit von der pharmazeutischen Industrie und auf Evidenzbasierung geachtet. Im Bedarfsfall stehen die Ärztinnen/Ärzte auch für öffentliche Informationsveranstaltungen (z. B. in der Gemeinde) zur Verfügung.

3. Die PVE führt ein eigenes Register (Monitoring des Impfstatus), Erinnerungs- und Recall-System für alle wichtigen Impfungen.

Weitere mögliche Maßnahmen:

- » Die Aufgabenverteilung im PVE-Team für die Durchführung von Impfberatung und Verabreichung von Impfungen ist klar geregelt.
- » Die PVE beteiligt sich an der Planung von Angeboten für die Immunisierung schwer erreichbarer Gruppe (z. B. Nichtversicherte, Migrantinnen/Migranten).

Präventive Maßnahmen betreffend Risiken chronischer Erkrankungen sowie psychische und psychosomatische Gesundheitsrisiken

Identifizierung von und Beratung bei lebensstilassoziierten Risiken¹⁴

Zu den wichtigsten lebensstilassoziierten Risiken gehören Tabak- und Alkoholkonsum, Bewegungsmangel und Fehlernährung mit den wichtigsten Folgerisiken Adipositas, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und den wichtigsten Folgeerkrankungen Herzinfarkt, Schlaganfall und Krebserkrankungen¹⁵. Es gibt aber noch weitere lebensstilassoziierte Risiken wie Über- und Unterforderung, mangelnder Schlaf, alle Formen von Suchtverhalten etc.

Empfohlene Maßnahmen für PVE:

1. *Das gesamte PVE-Team beteiligt sich an der Identifikation lebensstilassoziiierter Risiken. Neben einer vollständigen Anamnese werden dafür auch valide Assessment-Tools (z. B. Fragebögen) verwendet. Auf Basis der Ergebnisse werden gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten nächste Schritte festgelegt.*
2. *Bei chronisch kranken Menschen (v. a. Personen mit Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Herzinsuffizienz und COPD) wird ein besonderer Fokus auf die Verbesserung der individuellen Gesundheitskompetenz gelegt und mittels Gesprächen, Beratungen, Schulungen versucht, das Selbstmanagement zu verbessern. Idealerweise erfolgt eine gemeinsame Festlegung von (Behandlungs-)Zielen unter Berücksichtigung der individuellen Änderungsbereitschaft. Personen mit Diabetes werden in ein „disease management program“ (DMP) wie „Therapie Aktiv“ integriert.*

¹⁴ Anmerkung: Die Gliederung weicht leicht von jener im Versorgungskonzept des BMASGK ab. Dies scheint nötig, um besser zwischen Maßnahmen zur Adressierung lebensstil- und solchen zur Adressierung lebensumfeldassoziierten Risiken unterscheiden zu können.

¹⁵https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/2016_BMG_Praevention_Ratgeber_web.pdf (20.11.2018)

3. *Im Bedarfsfall stellt das PVE-Team Informationen zu geeigneten Angeboten der Tabakentwöhnung, Ernährungs- und Bewegungsberatung, Sportvereinen, Suchtberatung, Stressmanagement, Angeboten für Alkoholabhängigkeit etc. zur Verfügung und sorgt für die Terminplanung und Überweisung.*

Weitere mögliche Maßnahmen:

- » Raucherberatung inkl. Tabakentwöhnung und/oder Weiterleiten an spezialisierte Stellen
- » *Die Lebensstilberatung und die Kurzberatung aufhörwilliger Raucherinnen/Raucher folgt der 5-A-Strategie*

Alle aufhörwilligen (dissonanten) Raucherinnen/Raucher erhalten konkrete Angebote zur Lebensstilveränderung, z. B. eine Überweisung zum nächstgelegenen Tabakentwöhnungsprogramm (z. B. der Sozialversicherung) und/oder einen Hinweis auf das „Rauchfrei Telefon“ [<https://rauchfrei.at>]).

Die Lebensstilberatung und die Kurzberatung aufhörwilliger Raucherinnen/Raucher folgt der 5-A-Strategie. Die Kurzintervention sollte nicht mehr als 5 Minuten in Anspruch nehmen und 5 Schritten folgen:

- » Ask – Systematisch den Rauchstatus erfragen
- » Advise – Empfehlen, mit Rauchen aufzuhören
- » Assess – den Grad der Motivation zum Rauchstopp evaluieren
- » Assist – dazu ermutigen, einen Rauchstopp zu wagen oder ggf. konkrete Hilfe beim Rauchstopp anbieten
- » Arrange follow-up – Gesprächsabschluss

Das Ziel der Kurzintervention ist nicht der Rauchstopp, sondern aufhörwillige (dissonante) Raucherinnen/Raucher zu erfassen und in ihrem Vorhaben zu bestärken.

- » *Problematische Suchterkrankungen (z. B. Spielsucht) werden mittels geeigneter Assessment-Tools erhoben und thematisiert, im Bedarfsfall – nach gemeinsamer Zielfestlegung mit der Patientin/dem Patienten- erfolgt eine Überweisung zu Selbsthilfegruppen, Schuldnerberatung und anderen spezifischen Angeboten für Suchterkrankungen.*
- » *Die PVE richtet eine Gruppensprechstunde für Personen mit chronischen Erkrankungen ein (Peer-Groups); Etablierung von CDSM-Programmen (chronic disease self-management), in denen Personen mit chronischen Erkrankungen nach einem genau definierten Konzept andere Personen mit chronischen Erkrankungen trainieren; Personen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen wird die Teilnahme an Gruppentreffen (z. B. herz.leben) empfohlen.*
- » *Für komplexe Einzelfälle existiert ein Case-Management bzw. wird an ein Case-Management verwiesen; für Personen mit chronischen Erkrankungen wird ein Register und Recall-System eingerichtet.*

Identifizierung von und Beratung bei lebensumfeldassoziierten Risiken

Zu den wichtigsten lebensumfeldassoziierten Risiken gehören gesundheitsgefährdende Wohn- und Arbeitsbedingungen, drohende Wohnungslosigkeit oder Arbeitsplatzverlust, Gewalt in der Familie, Alkoholmissbrauch und andere Formen von Suchtverhalten in der Familie (Wilkinson/Marmot 2004).

Empfohlene Maßnahmen für PVE:

1. *Das gesamte PVE-Team beteiligt sich an der Identifikation von lebensumfeldassoziierten Risiken. Neben einer vollständigen Sozialanamnese werden dafür auch valide Assessment-Tools (z. B. Fragebögen) verwendet. Das gesamte PVE-Team ist geschult, lebensumfeldassoziierte Risiken im Rahmen von Hausbesuchen zu erkennen, anzusprechen und gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten nächste Schritte zur Risikominderung festzulegen.*
2. *Bei lebensumfeldassoziierten Risiken, die ursächlich für regelmäßige Konsultationen der PVE sind wie z. B. rezidivierende körperliche Beschwerden bei einem Kind aufgrund von Alkoholismus eines Familienmitglieds, finden Fallbesprechungen der beteiligten PVE-Teammitglieder statt, um unter Einbeziehung anderer Institutionen und Professionen Lösungen zu erarbeiten.*
3. *In der PVE finden regelmäßig (z. B. einmal jährlich) Fort- und Weiterbildungen zum Thema lebensumfeldassoziierte Risiken (z. B. im Rahmen von Qualitätszirkeln) für das gesamte Team statt. Diese werden z. B. von der Sozialarbeit organisiert und gestaltet.*

Weitere mögliche Maßnahmen:

- » *Die PVE bietet Hilfestellung bei der Beantragung öffentlicher Unterstützungsleistungen, z. B. Anträge für Reha-/Kur-/Erholungsaufenthalte, Pflegegeld, Unterstützungsfonds, Förderungen und Zuschüsse.*
- » *Die PVE bietet eine sozialrechtliche Beratung an (z. B. bezüglich Pflegegeld)*
- » *Ein Coaching und psychosoziale Betreuung von Personen in Krisensituationen und mit lang andauernden Belastungen werden angeboten.*

Basisdiagnostik und Beratung bei Risikogruppen für Osteoporose

Ein Abbau von Knochensubstanz ist mit zunehmendem Alter normal. Bei Osteoporose beschleunigt sich dieser Prozess jedoch. Osteoporose kann vor allem für ältere Menschen zum Problem werden, da Knochenbrüche wegen Osteoporose häufiger auftreten und im Alter schlechter ausheilen und meist schwerwiegendere Folgen haben als bei jungen Menschen. Frauen haben insgesamt häufiger Osteoporose als Männer und verlieren oft schon in jüngeren Jahren Knochenmasse. Es gibt verschiedene Faktoren, die das Risiko für eine Osteoporose erhöhen. Einige davon lassen sich beeinflussen, andere nicht.¹⁶

¹⁶ gesundheitsinformation.de. Thema Osteoporose. Zuletzt aktualisiert am 4. 10. 2018.
Online verfügbar: www.gesundheitsinformation.de/osteoporose.2610.de.html (24. 10. 2018)

Empfohlene Maßnahmen für PVE:

1. *Bei Verdacht auf Osteoporose wird eine Abklärung entsprechend den geltenden Leitlinien durchgeführt.¹⁷ Die Bewertung des Frakturrisikos erfolgt mittels valider Tools wie z. B. des „fracture risk assessment tool“ (FRAX: www.sheffield.ac.uk/FRAX)*
2. *Personen mit Osteoporose erhalten eine umfassende Beratung -z. B. durch geschulte Pflegekräfte, Ergo- oder Physiotherapie - über nichtmedikamentöse präventive und therapeutische Maßnahmen wie gezieltes Bewegungstraining (z. B. Osteoporoseturnen, Krafttraining, Nordic Walking), Sturzprävention, Ernährungsberatung und Maßnahmen zur Steigerung der körpereigenen Vitamin-D-Produktion. Gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten werden die nächsten Schritte festgelegt.*

Weitere mögliche Maßnahmen:

- » Die PVE führt ein eigenes Register und Recall-System für Personen mit Osteoporose.

Hausbesuche bei Familien und Personen mit hohem psychosozialen Risiko (z. B. Gewaltbereitschaft, Alkoholmissbrauch)

Die psychosozialen Risiken sind Teil der lebensumfeldassoziierten Risiken (siehe Kapitel 4.1.5) und umfassen z. B. Gewalt in der Familie, Alkoholmissbrauch und andere Formen problematischen Suchtverhaltens in der Familie. Sie können die Gesundheit in jeder Lebensphase beeinflussen. Besonders relevant für die gesundheitliche Entwicklung von Kindern sind psychosoziale Risiken wie z. B. Armut, Eltern mit psychischen Erkrankungen, Alkohol- oder Drogenproblemen etc.

Es gibt reichhaltige Evidenz dafür, dass in der Schwangerschaft und (frühen) Kindheit eine wichtige Basis für den späteren biopsychosozialen Gesundheitszustand und das Wohlbefinden als Erwachsene/Erwachsener gelegt wird. Belastungen oder Traumata im Kindesalter werden oft erst im Erwachsenenalter krankheitswirksam. In der Kindheit werden Weichen bezüglich Lebenslage, Lebenskompetenzen und Gesundheitsverhalten gestellt. Die Gesundheit im Erwachsenenalter wird damit maßgeblich und nachhaltig durch die Lebensumstände (Verhältnisse) im Kindesalter beeinflusst.¹⁸

Empfohlene Maßnahmen für PVE:

1. *Das gesamte aufsuchende PVE-Team (v. a. Allgemeinmedizin, Pflege) ist geschult, psychosoziale Risiken (speziell für Kinder) im Rahmen von Hausbesuchen zu erkennen, anzusprechen und gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten nächste Schritte festzulegen*
2. *Im Bedarfsfall erfolgt die Kontaktaufnahme mit dem nächstgelegenen Angebot Früher Hilfen. Das PVE-Team kooperiert aktiv mit den Angeboten der Frühen Hilfen und unterstützt diese ggf. bei der Kontaktaufnahme, Motivation und Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. gezielten Frühintervention in der Schwangerschaft und frühen Kindheit.*

¹⁷ AWMF-Leitlinie. Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose. Letzte Aktualisierung am 31. 12. 2017. Online verfügbar: www.awmf.org/leitlinien/detail/II/183-001.html (24. 10. 2018)

¹⁸ Frühe Hilfen in Österreich. Online verfügbar: www.fruehehilfen.at (24. 10. 2018)

3. *In der PVE finden regelmäßig (z. B. einmal jährlich) Fort- und Weiterbildungen zum Thema Frühe Hilfen (z. B. im Rahmen von Qualitätszirkeln) für das gesamte Team statt. Diese werden z. B. von der Sozialarbeit in Kooperation mit dem nächstgelegenen Angebot Früher Hilfen organisiert und gestaltet.*

Weitere mögliche Maßnahmen:

- » Die PVE bietet ein Coaching und psychosoziale Betreuung betroffener Personen in Krisensituationen und bei lang andauernden Belastungen an.
- » Das PVE-Team gibt Hilfestellung bei Verwahrlosungstendenzen durch Kontaktaufnahme mit Sozialberatungsstellen, Wohnungslosen- und Obdachloseneinrichtungen usw.

Präventive Maßnahmen betreffend geriatrische Gesundheitsrisiken

Beratung und Unterstützung insbesondere in Bezug auf Sturz- und Dekubitusprophylaxe, Demenz, Fehl- bzw. Mangelernährung

Die Anzahl der älteren und hochbetagten Menschen nimmt auch in Österreich zu. Mit dem Alter steigt das Sturzrisiko, aber auch das Risiko von Demenzerkrankungen, Fehl- und Mangelernährung und bei Bettlägerigkeit auch das Risiko für chronische Wunden (Dekubitus) (Kessler/Steinmann 2015). Abgesehen von diesen Risiken gibt es aber auch ein großes Potenzial für Gesundheitsförderung im Alter (Braunegger-Kallinger et al. 2018).

Empfohlene Maßnahmen für PVE:

1. *Die Risikobewertung bei älteren Menschen erfolgt auf Basis valider und in der Primärversorgung bewährter Assessments. Welches Assessment in welchem Kontext zum Einsatz kommt – z. B. Morse-Skala, STRATIFY, Conley-Skala etc. bei der Bewertung des Sturzrisikos –, entscheidet das PVE-Team (v. a. Allgemeinmedizin, Pflege, Ergo- und Physiotherapie). Gleiches gilt für die Bewertung des Dekubitusrisikos und des Risikos von Demenzerkrankungen mittels geriatrischer Assessments, für die Bewertung von Fehl- und Mangelernährung, Inkontinenz, Osteoporose, Suchtrisiko (z. B. Medikamentenabhängigkeit) etc.*
2. *Die PVE bietet evidenzbasierte Maßnahmen zur Prävention von Dekubitus, Unter- und Fehlernährung, sowie Stürzen an, z. B. in Form von Beratungen und Schulungen oder präventiven Hausbesuchen (siehe Kapitel 4.1.5 präventive Maßnahmen betreffend geriatrische Gesundheitsrisiken „Hausbesuche“).*
3. *Das PVE-Team fokussiert bei älteren Menschen aber auch auf Ressourcen und Fähigkeiten (siehe Kapitel 1.1.2) und versucht diese zu stärken, z. B. in Form informeller Unterstützungsangebote in der Familie oder Nachbarschaft, der Steigerung der Gesundheitskompetenz und des Selbstwertgefühls, der Verbesserung des Selbstmanagements, der Förderung individueller Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit etc.*

Weitere mögliche Maßnahmen:

- » *Die PVE bietet Hilfestellung und Schulungen für geriatrische Personen bei Problemstellungen, z. B. der Beschaffung und Anwendung von Hilfsmitteln und Heilbehelfen.*
- » *Das PVE-Team etabliert ein strukturiertes Medikamentenmanagement: zur Verbesserung der Compliance, Vermeidung von Arzneimittelinteraktionen und Reduktion von Polypharmazie – eventuell in Kooperation mit der regionalen Apotheke bzw. Pharmazeutinnen/Pharmazeuten.*
- » *Das PVE-Team (v. a. Pflege) organisiert einen regionalen Pflegestammtisch (z. B. halbjährlich) mit Vertreterinnen/Vertretern der mobilen Pflege, von Pflegeheimen etc. für Abstimmungsgespräche und Bedarfsbesprechungen.*

Hausbesuche bei geriatrischen Personen zur Risikoevaluierung

Die meisten älteren und hochbetagten Menschen leben zu Hause. Ihre individuellen Lebenssituationen sind sehr unterschiedlich. Sie reichen von kompletter Selbstständigkeit über Betreuungsbis hin zur vollkommenen Pflegebedürftigkeit. Für eine Einschätzung der individuellen Situation und des präventiven und gesundheitsfördernden Potenzials sind Hausbesuche unverzichtbar ¹⁹.

Empfohlene Maßnahmen für PVE:

1. *Das PVE-Team (v. a. Pflege) führt regelmäßig präventive Hausbesuche bei älteren und hochbetagten Menschen durch. Die Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung für den Erstbesuch erfolgen z. B. telefonisch oder im Rahmen eines Hausbesuchs bzw. einer PVE-Konsultation. Der präventive Hausbesuch dient der Abklärung des individuellen Unterstützungsbedarfs und einer Risikobewertung auf Basis valider und in der Primärversorgung bewährter Assessments (siehe Kapitel 4.1.5 präventive Maßnahmen betreffend geriatrische Gesundheitsrisiken „Beratung und Unterstützung in Bezug auf Sturz- und Dekubitusprophylaxe“). Evtl. Folgebesuche zur Unterstützung bei der Umsetzung von Maßnahmen (z. B. Anpassung des Wohnumfelds, Einsatz von Hilfsmitteln, Hör- und Sehbehelfen, Hausnotrufsystemen, Anpassung der Medikation) und zur Evaluierung.*
2. *Das PVE-Team fokussiert bei Hausbesuchen bei älteren Menschen auch auf Ressourcen und Fähigkeiten (siehe Kapitel 1.1.2) und versucht diese zu stärken, z. B. Nutzung informeller Unterstützungsangebote in der Familie oder Nachbarschaft, Unterstützung pflegender Angehöriger, Steigerung der Gesundheitskompetenz und des Selbstwertgefühls, Verbesserung des Selbstmanagements, Förderung individueller Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit etc.*

¹⁹ https://www.zgp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Entwicklung_Dienstleistungskonzept_Paeventive_Hausbesuche.pdf (20. 11. 2018)

Weitere mögliche Maßnahmen:

- » *Das PVE-Team (v. a. Pflege) bietet Hilfestellung und Schulungen für geriatrische Personen bei Problemstellungen im häuslichen Umfeld an, z. B. bei der Beschaffung und Anwendung von Hilfsmitteln und Heilbehelfen.*
- » *Das PVE-Team (v. a. Pflege) informiert ältere Menschen und ihre Angehörigen über weiterführende Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten durch andere Institutionen und Einrichtungen wie z. B. Essen auf Rädern, ehrenamtliche Besuchsdienste, Entlastungspflege, 24-Stunden-Betreuung etc.*

Identifikation von Gesundheitsressourcen und aktive Unterstützung und Befähigung von Individuen, Gruppen und Familien, Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und diese zu verbessern

Unterstützung im Selbstmanagement (medizinisch, sozial, emotional) / Anleitung in Selbstversorgung/Motivation/Empowerment

Die Förderung des Selbstmanagements umfasst individuelle Ansätze und Gruppentreffen, welche darauf abzielen, Menschen im Umgang mit akuten und chronischen körperlichen und psychischen Krankheiten, aber auch schwierigen sozialen Lebenssituationen und den daraus resultierenden Herausforderungen zu unterstützen und sie in ihren Ressourcen und Selbstmanagementkompetenzen zu stärken (Kofahl/Trojan 2017). Gesundheitskompetenz ist eine Voraussetzung für erfolgreiches Selbstmanagement.²⁰

Empfohlene Maßnahmen für PVE:

1. *Die PVE bietet Kurse zum Selbstmanagement chronischer Erkrankungen an (insbesondere für Patientinnen/Patienten mit COPD, Diabetes und Herzinsuffizienz) bzw. vermittelt Patientinnen/Patienten an geeignete Anbieterinnen/Anbieter von Schulungen.*
2. *Patientinnen/Patienten mit akuten und chronischen Erkrankungen werden im Abschlussgespräch immer umfassend darüber informiert, welchen Eigenbeitrag sie zum Heilungsprozess und/oder Krankheitsmanagement leisten können bzw. wie sie zu Koproduzentinnen/-produzenten ihrer Gesundheit werden (siehe auch Kapitel 1.1.3 „Gute Gesundheitskommunikation und Gesprächsqualität“)*
3. *Das PVE-Team versucht bei älteren Menschen durch eine Verbesserung ihres Selbstmanagements und Unterstützung bei ihrer Selbstversorgung die Lebensqualität und Selbstständigkeit möglichst lange zu erhalten.*

²⁰ Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz. Online verfügbar: <https://oepgk.at> (24. 10. 2018)

Weitere mögliche Maßnahmen:

- » Die PVE informiert ihre Patientinnen/Patienten explizit über Selbsthilfegruppen und ähnliche Unterstützungsangebote.
- » Die PVE bietet Schulungen für pflegende Angehörige an bzw. vermittelt solche Schulungen.

Gesundheitskompetenz von Individuen, Gruppen und Familien stärken

Patientenzentrierte Gesprächsführung inkl. des Einbeziehens der Patientenperspektive, verständlicher Informationsvermittlung und gemeinsamer Entscheidungsfindung

Siehe Kapitel 1.1.3

Kontinuierliche Unterstützung von Patientinnen/Patienten in der Weiterentwicklung der Gesundheitskompetenz

Der European Health Literacy Survey 2009–2012 hat gezeigt, dass über 56 % der österreichischen Bevölkerung über eine problematische bis unzureichende Gesundheitskompetenz verfügen. Speziell das Management chronischer Erkrankungen wie Diabetes mellitus, COPD und Herzinsuffizienz erfordert aber auch Maßnahmen zur Verbesserung des Selbstmanagements und Steigerung der Gesundheitskompetenz. Gleiches gilt für die Beurteilung häufiger unproblematischer Krankheitsbilder wie Fieber, verstauchter Gelenke, oder Kopfschmerzen.²¹

Empfohlene Maßnahmen für PVE:

1. *Allen Patientinnen/Patienten werden anhand des „Ask me 3“-Modells drei einfache Fragen gestellt: 1. Was ist mein wichtigstes Gesundheitsproblem? 2. Was kann ich dagegen tun? 3. Warum soll ich das tun? Warum ist das wichtig? (https://oepgk.at/_wissenscenter/ask-me-3)*
2. *Das PVE-Team lebt eine patientenzentrierte Gesprächsführung. Dies umfasst das Einnehmen einer biopsychosozialen Perspektive, das Erfassen der Bedeutung von Krankheit für die Betroffenen, ein partnerschaftliches Rollenverständnis in der Entscheidungsfindung und das Herstellen und Aufrechterhalten einer therapeutischen Allianz (siehe auch Kapitel 1.1.3).*
3. *In der PVE finden regelmäßig (z. B. einmal jährlich) Fort- und Weiterbildungen zum Thema Gesundheitskompetenz (z. B. im Rahmen von Qualitätszirkeln) für das gesamte PVE-Team statt.*
4. *Die PVE verwendet zur Selbstbeurteilung (Evaluierung) das Assessment-Tool für eine gesundheitskompetente PVE (https://oepgk.at/_wissenscenter/assessment-tool-fuer-eine-gesundheitskompetente-primaerversorgungseinheit-primary-care-health-literacy-assessment-tool-2015)*

²¹ Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz. Online verfügbar: <https://oepgk.at> (24. 10. 2018)

Weitere mögliche Maßnahmen:

- » Die PVE bietet Kurse zur Steigerung der Gesundheitskompetenz an bzw. vermittelt Patientinnen/Patienten an geeignete Anbieterinnen/Anbieter von Schulungen.

Mitwirkung an populationsbezogenen und zielgruppenspezifischen regionalen Gesundheitsförderungsmaßnahmen und -programmen

Angebote für unterschiedliche Zielgruppen unter Berücksichtigung der Gesundheitsdeterminanten

In der kommunalen Gesundheitsförderung spielen PVE eine wichtige Rolle. Dabei steht vor allem die Vernetzung und Kooperation mit bereits vorhandenen präventiven, gesundheitsfördernden und die Gesundheitskompetenz steigernden Angeboten im Vordergrund (siehe Kapitel 3.1.2). Mittelfristig sollte sich auch die Primärversorgung in Österreich in Richtung einer „community-oriented primary care“ (COPC) weiterentwickeln. Diese basiert auf der 1978 in Alma-Ata (heute Almaty) beschlossenen Definition von „primary health care“ (International Conference on Primary Health Care 1978). COPC beinhaltet eine Bedarfsanalyse unter Beteiligung der Bevölkerung (Problemidentifizierung), eine gemeinsame Entscheidung über notwendige Maßnahmen (Strategieentwicklung) sowie gemeinsame Umsetzung und Bewertung (Evaluation).

Empfohlene Maßnahmen für PVE:

1. *Die PVE verfügt über ein aktuelles Verzeichnis aller regionalen (und ggf. auch überregionalen) Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention.*
2. *Das PVE-Team bzw. geeignete Teammitglieder beteiligen sich an Vernetzungstreffen mit der regionalen Gesundheitsförderung, z. B. mit den Frühen Hilfen oder Gesunden Gemeinden.*
3. *Das PVE-Team bzw. geeignete Teammitglieder beteiligen sich an zielgruppenspezifischen Maßnahmen, z. B. für Kinder und Jugendliche, ältere Menschen oder vulnerable Personen wie alleinstehende einsame Menschen, arme sozial benachteiligte Menschen, Arbeitslose, Menschen mit Migrationshintergrund, Alleinerzieherinnen/Alleinerzieher, bettlägerige Personen etc.*

Weitere mögliche Maßnahmen:

- » *Das PVE-Team geht auch proaktiv bzw. aktiv auf Personen oder Bevölkerungsgruppen zu, die vom öffentlichen Gesundheitssystem nur schwer oder gar nicht erreicht werden.*
- » *Die PVE trägt zur Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung in der Region bei.*

4.1.6 Familienplanung, Schwangerschaftsberatung, Mutter-Kind-Pass

Das PVE-Team sollte, idealerweise unterstützt durch eine Hebamme, Beratung hinsichtlich Verhütung und Familienplanung, Schwangerschaftstest, Schwangerschaft, Geburt, Mutter-Kind-Pass und psychosoziale Beratung (inkl. Vermittlung Früher Hilfen) anbieten (siehe auch Kapitel 4.1.5 "präventive Maßnahmen betreffend allgemeine Gesundheitsrisiken „Vorsorgeuntersuchung“).

4.1.7 Palliativversorgung

Die Hospiz- und Palliativversorgung stellt den schwererkrankten und sterbenden Menschen sowie dessen Bedürfnisse in den Mittelpunkt. Ihr Ziel ist ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität und Selbstbestimmung in Verbindung mit einer ganzheitlichen Begleitung (Schleicher et al. 2017). Medizinische und pflegerische Berufe in der Primärversorgung übernehmen 80 bis 90 Prozent der palliativen Fälle. Hospiz- und Palliative Care setzt auf interprofessionelle Zusammenarbeit (Netzwerke).²²

Die Grundprinzipien und handlungsleitenden Ansätze der Palliativversorgung ähneln jener der Gesundheitsförderung (Nemeth et al. 2012). Zum Beispiel berücksichtigt die ganzheitliche Betreuung des Hospiz- und Palliativversorgungsansatzes die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse gleichermaßen, stehen der Bedarf und Bedürfnisse der Patientinnen/Patienten im Zentrum, soll die Lebensqualität der Patientinnen/Patienten (an ihrem Lebensende) wie auch jene ihrer Angehörigen erhalten und verbessert werden, wird das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen/Patienten beachtet (z. B. durch Patientenverfügung) und finden Entscheidungen zwischen Patientinnen/Patienten, Angehörigen und interprofessionell arbeitendem (und bei Bedarf aufsuchendem) PVE-Team immer gemeinsam statt.

Bei der Befüllung des Versorgungskonzepts sollte auf diese Grundprinzipien und handlungsleitenden Ansätze, aber auch auf die damit verbundenen Kompetenzen des interprofessionell arbeitenden Teams näher eingegangen werden. Eine gute Grundlage bieten dabei v. a. der aktuelle Praxisleitfaden „Hospizkultur und Palliative Care für Erwachsene in der Grundversorgung“ und weitere nationale Publikationen (Arbeitsgruppe „Palliativsozialarbeit“ 2018; Gesundheit Österreich GmbH 2014; Nemeth/Pochbradsky 2012).

²² Radbruch, Lukas; Payne, Sheila: Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1. Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC). In: Zeitschrift für Palliativmedizin. 2011.12/:216-227

4.1.8 Sonstiges

4.1.9 Ausstattung für Basisaufgaben

Für die Umsetzung präventiver Maßnahmen genügt üblicherweise die medizinische Basisausstattung einer PVE. Für gesundheitsfördernde und die Gesundheitskompetenz steigernde Maßnahmen sollte jede PVE über einen Raum verfügen, in dem Beratungen und Schulungen, aber auch Gruppentreffen mit mindestens 12 Personen stattfinden können.

4.2 Spezielle Aufgaben und Leistungen

Abweichend vom Versorgungskonzept im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, möchten wir dieses Kapitel nutzen, um auf weitere, mögliche Aufgaben einer an Gesundheit orientierten Primärversorgung hinzuweisen.

Aus dem gut etablierten Feld der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) liegen zahlreiche erprobte Instrumente vor, die zur Gesundheitsförderung für Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter genutzt werden können. Diese umfasst (BMGFJ 2008)

- » die Unterstützung der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter im persönlichen Gesundheitsmanagement während der Arbeit,
- » die gesundheitsfördernde Weiterentwicklung der Leistungserbringung (Abläufe, Infrastrukturen),
- » Empowerment der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter zur Lebensstilentwicklung und zum Krankheitsmanagement,
- » die Weiterentwicklung der Gesundheitseinrichtung zu einem gesundheitsfördernden Umfeld und
- » Beiträge zur mitarbeiterorientierten Weiterentwicklung der Region.

Das Netzwerk der Betrieblichen Gesundheitsförderung der Sozialversicherung (www.netzwerk-bgf.at) bietet weiterführende Informationen und Unterstützung.

5 Ausblick

Im Versorgungskonzept muss auch ein kurz-, mittel- und langfristiger Ausblick der PVE angeführt werden. Ein möglicher Zeitplan für die Umsetzung präventiver, gesundheitsfördernder und die Gesundheitskompetenz steigernder Maßnahmen könnte folgendermaßen ausschauen:

1. Kurzfristig (im ersten Jahr):

- » *Im Bedarfsfall erhalten die VU-Teilnehmerinnen/-teilnehmer konkrete Angebote zur Lebensstilveränderung, zum Beispiel eine Überweisung zum nächstgelegenen Tabakentwöhnungsprogramm (z. B. der Sozialversicherung) und/oder einen Hinweis auf das „Rauchfrei Telefon“ (<https://rauchfrei.at>).*
- » *Die Beratung über und ggf. Überweisung zu Früherkennungsmaßnahmen, insbesondere zur Früherkennung von Brust-, Gebärmutterhals- und Dickdarmkrebs, erfolgt unter Einhaltung der nationalen Empfehlungen (z. B. Altersgrenzen, Untersuchungsintervalle).*
- » *Die PVE bietet eine korrekte, vollständige und verständliche Impfberatung an. In der PVE ist der aktuelle Impfplan ausgehängt, und es liegt entsprechendes Informationsmaterial (z. B. der Sozialversicherung) auf bzw. wird bei Bedarf zur Verfügung gestellt. Die PVE beteiligt sich aktiv an Impfkampagnen des öffentlichen Gesundheitssystems.*

2. Mittelfristig (ab dem 2. Jahr, 2-5 Jahre):

- » *Die Diagnostik (inkl. Früherkennung) und Therapie von Störungen des Bewegungsapparats erfolgt multiprofessionell und interdisziplinär. Für die gezielte Einbindung nichtärztlicher Berufsgruppen, etwa aus den Bereichen Ergo- und Physiotherapie, Psychologie und Pflege in die Anamnese, klinische Untersuchung, weiterführende Diagnostik und Therapie von Störungen des Bewegungsapparats, werden gemeinsam interdisziplinäre Leitlinien, sogenannte „standard operation procedures“ (SOP) erstellt.*
- » *Das gesamte PVE-Team beteiligt sich an der Identifikation lebensstilassoziierter Risiken. Neben einer vollständigen Anamnese werden dafür auch valide Assessment-Tools (z. B. Fragebögen) verwendet. Das gesamte PVE-Team ist geschult, lebensstilassozierte Risiken anzusprechen und im jeweiligen Arbeitsbereich eine spezifische und individuelle Lebensstilberatung durchzuführen.*
- » *Bei chronisch kranken Menschen (v. a. Personen mit Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Herzinsuffizienz und COPD) wird ein besonderer Fokus auf die Verbesserung der individuellen Gesundheitskompetenz gelegt und mittels Gesprächen, Beratungen, Schulungen versucht, das Selbstmanagement zu verbessern.*
- » *Lebensstilberatung folgt der 5-A-Strategie (Assess, Advice, Agree, Assist und Arrange); die Kurzberatung aufhörwilliger Raucherinnen/Raucher folgt den „fünf E zur Entwöhnung“.*

3. Langfristig:

- » *Die PVE richtet eine Gruppensprechstunde für Personen mit chronischen Erkrankungen ein (Peer-Groups); Etablierung von CDSM-Programmen („chronic disease self-management“), in denen Personen mit chronischen Erkrankungen nach einem genau definierten Konzept andere Personen mit chronischen Erkrankungen trainieren.*

Literatur

- Arbeitsgruppe „Palliativsozialarbeit“ (2018): Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. Österreichischen Palliativgesellschaft OPG, Wien
- BMASGK (2018a): Impfplan Österreich: Allgemein empfohlene Impfungen. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- BMASGK (2018b): Update der evidenz- und konsensbasierten Österreichischen Leitlinie für das Management akuter, subakuter, chronischer und rezidivierender unspezifischer Kreuzschmerzen 2018. Leitlinie. Aufl. 1. Wien, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
- BMASK (Hg.) (2016): UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und Fakultativprotokoll – Neue deutsche Übersetzung. Sozialministerium, Wien
- BMG (2014): "Das Team rund um den Hausarzt". Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. 2014, Beschlossen in der Bundeszielsteuerungskommission am 30. Juni. Bundesgesundheitsagentur & Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMGF (2016): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur. Bundeszielsteuerungskommission, Beschlossen von der; 2016, am 1. Juli. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- BMGF (2017): ÖSG 2017 – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission. Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- BMGFJ (2008): Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen: Konzept und Praxis in Österreich. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit Familie und Jugend. BMGFJ, Wien
- Braunegger-Kallinger, Gudrun; Zeuschner, Verena; Christ, Rainer; Lang, Gert (2018): Faire Chancen gesund zu altern
- Beiträge zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit älterer Menschen in Österreich. Sammelband. Fonds gesundes Österreich, Wien
- Gesundheit Österreich GmbH (2014): Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene. Aktualisierung 2014. 2. Aufl., ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
- Griebler, Robert; Winkler, Petra; Gaiswinkler, Sylvia; Delcour, Jennifer; Juraszovich, Brigitte; Nowotny, Monika; Pochobradsky, Elisabeth; Schleicher, Barbara; Schmutterer, Irene

- (2017): Österreichischer Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005–2014/15. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Gyimesi, Michael; Fülöp, Gerhard; Ivansits, Sarah; Prochobradksy, Elisabeth; Stoppacher, Andreas; Kawalirek, Sabine; Maksimovic, Alexander (2016): Rehabilitationsplan 2016. Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien
- International Conference on Primary Health Care (1978): Declaration of Alma-Ata. WHO, Alma-Ata
- Kessler, Claudia; Steinmann, Ralph M. (2015): Gesundheitsförderung im Alter in der Hausarztpraxis. In: PRIMARYCARE – DIE SCHWEIZERISCHE ZEITSCHRIFT FÜR HAUSARZTMEDIZIN 15/7:118-123
- Kickbusch, Ilona; Pelikan, Jürgen M.; Apfel, Franklin; Tsouros, Agis D. (2013): Health literacy: The solid facts. Hg. v. Organization, World Health. World Health Organization, Kopenhagen
- Kofahl, Christopher; Trojan, Alf (2017): Health Literacy und Selbstmanagement im Kontext von Kooperation und Integration. In: Kooperation und Integration–das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Springer. S. 513-493
- Nemeth, Claudia; Pochbradsky, Elisabeth (2012): Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH – Geschäftsbereich ÖBIG, Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Nemeth, Claudia; Rottenhofer, Ingrid; Schleicher, Barbara et al. (2012): Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen. ÖBIG Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
- Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (2018): Leistungsprofil. Rollen und Aufgaben des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) in einer Primärversorgungseinheit (PVE)
- PrimVG, Primärversorgungsgesetz (2017): Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten, GP XXV IA 2255/A AB 1714 S. 188. BR: AB 9882 S. 871., Ausgegeben am 2. August 2017
- Sator, Marlene; Nowak, Peter; Menz, Florian (2015): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Kurzbericht auf Basis der Grundlagenarbeiten für das Bundesministerium für Gesundheit und den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Kurzbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Schleicher, Barbara; Pochobradsky, Elisabeth; Rottenhofer, Ingrid (2017): Hospizkultur und Palliative Care für Erwachsene in der Grundversorgung. Leitfaden. Leitfaden. Gesundheit Österreich im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- Schmidt-Kaehler, Sebastian ; Vogt, Dominique; Berens, Eva-Maria; Horn, Annett ; Schaeffer, Doris (2017): Gesundheitskompetenz: Verständlich informieren und beraten. Material- und

Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz. Universität Bielefeld, Bielefeld

Wilkinson, Richard; Marmot, Michael (2004): Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten. Siehe auch englische Fassung: Social determinants of health. The solid facts. WHO Regionalbüro für Europa, Kopenhagen