

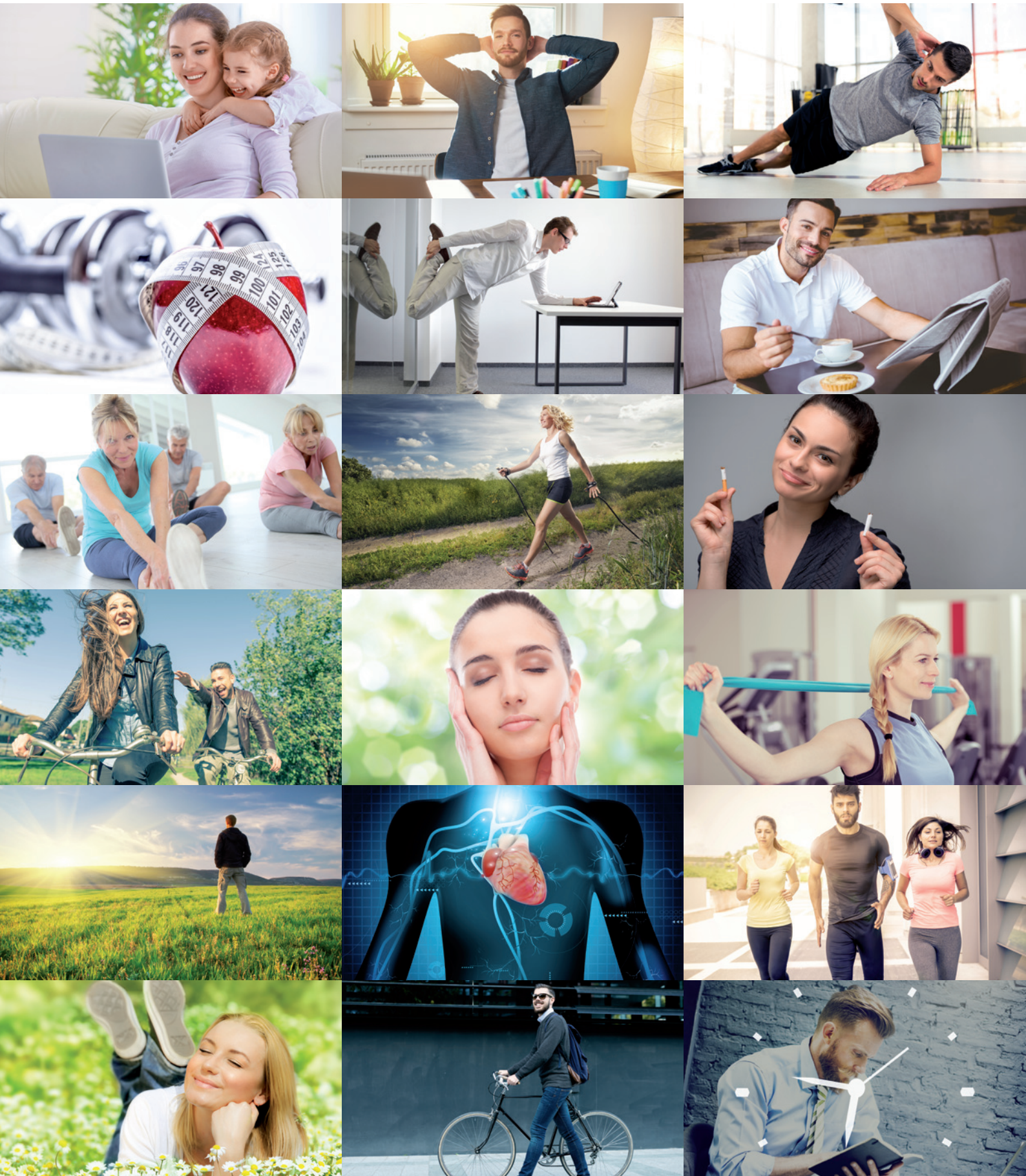
Gesellschaft und Gesundheit - aktuelle und zukünftige Heraus- forderungen

Abstract-Band



**20. wissenschaftliche Tagung
der Österreichischen Gesellschaft für Public Health (ÖGPH)**

11. und 12. Mai 2017 / Hotel Burgenland, Eisenstadt



Abstract-Band

Gesellschaft und Gesundheit - aktuelle und zukünftige Herausforderungen.

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

11. und 12. Mai 2017
Hotel Burgenland
Eisenstadt

Impressum

Herausgeberin:

Österreichische Gesellschaft für Public Health (ÖGPH)

Verantwortlicher Editor:

Thomas E. Dorner, Christian Lackinger

Programmkomitee

Daniel Dick, Thomas E. Dorner, Christian Lackinger, Albert Strehn

Scoring Committee

Frank M. Amort / Daniel Dick / Günter Diem / Thomas E. Dorner
Elisabeth Krahulec / Christian Lackinger / Thomas Niederkrotenthaler
Peter Nowak / Philipp Petersen / Brigitte Piso / Ralf Reiche
Inanna Reinsperger / Christina C. Wieczorek / Nadine Zillmann

Erhältlich bei

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

ISBN

ISBN: 978-3-200-05094-5

Druck

SVD GmbH, Dresdner Straße 45, 1200 Wien



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



Inhaltsverzeichnis

Editorial

- Gesellschaft und Gesundheit 8
- Public Health in Bewegung 10

Plenumsvorträge

- Public Mental Health Promotion in Societal Crises: Wishful Thinking or Ethical obligation? 15
- Podiumsdiskussion: Aktuelle und zukünftige Herausforderungen im Gesundheitssystem 15

Parallel Session Ia - Aspekte von Mental Health und Prävention - Symposium der ÖGPH Kompetenzgruppe Public Mental Health

- Aspekte von Mental Health und Prävention 18
- Die Wirkung von edukativen Webseiten über Suizidprävention auf Suizidrisikofaktoren von Userinnen und Usern: Eine randomisierte kontrollierte Studie 19
- Predictors of psychological improvement on non-professional suicide message boards: content analysis 20
- E-Mental Health: Potential, Qualitätssicherung, Evidenz 21
- Vaeter-in-Krisen.at - ein Kriseninterventionsangebot für Familienväter in akuten psychosozialen Krisen 22
- Laufende gesundheitspolitische Strategieentwicklungsprozesse als Chance für die Suizidprävention 23
- Disability pension due to common mental disorders and healthcare use before and after policy changes; a nationwide study 24

Parallel Session Ib - Körperliche Aktivität

- Das JACKPOT-Bewegungsprogramm - eine Intervention nach dem Kuraufenthalt 26
- HEPA-Steiermark mit dem Bewegungsprogramm JACKPOT. Was lernen wir aus den Ergebnissen der Prozessevaluation? 27
- Nachhaltige Aktivierung zu körperlicher Aktivität von Personen mit Adipositas 28
- Bewegt im Park 29
- Bewegung und Lernen 30
- ROUTINE - Förderung von körperlicher Bewegung durch Fitness-Reiseplaner für Alltagsmobilität 31

Parallel Session Ic - Medizinische Versorgung

- Umsetzungserfolg auf Ebene der Maßnahmen - Erfahrungen aus der ersten Periode der Zielsteuerung-Gesundheit 34
- Seltene Tumore in der österreichischen Bevölkerung, 2000-2012 35
- Die Bedeutung psychosozialer Unterstützung für Frauen mit der Diagnose Brustkrebs fokussiert auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen 36
- Übersetzung des „Survivor Unmet Needs Survey“ (SUNS) zur Erhebung bestehender Bedürfnisse von Cancer Survivors im deutschsprachigen Raum 37
- Direkte und indirekte Kosten für Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen in Österreich 38
- Eigenschaften der Methoden zur Erhebung unangemessener Nutzung von CT und MRT im Muskel-Skelett-System: Systematische Übersichtsarbeit 39

Parallel Session IIa - Versorgungsforschung

- Neue Primärversorgung - neue Chancen für Gesundheitsförderung? 42
- 10 Jahre „Vorsorgeuntersuchung Call/Recall System“ (VU CRS) 43
- Zusammenhang zwischen Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich und Gesundheitszustand der Bevölkerung 44
- Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und der Inanspruchnahme der ärztlichen Primärversorgung in Österreich 45
- Sprachbarrieren im Gesundheitswesen - Schwierigkeiten und Lösungsansätze am Beispiel der allgemeinmedizinischen Praxis 46
- Motive von NotfallambulanzpatientInnen 47

Parallel Session IIc - Kinder und Jugendliche

- Steigerung der Funktionsfähigkeit zerebralparetischer Kinder durch home-basiertes Krafttraining 50
- Kultursensibler Zugang bei der Umsetzung von Ernährungsworkshops im Rahmen von „Richtig essen von Anfang an! Steiermark“ 51
- Die Struktur des Versorgungssystems für Kinder und Jugendliche in Niederösterreich: Ergebnisse einer Netzwerkanalyse im Rahmen des NÖ Kinder- und Jugendplans zur psychosozialen und sozialpädiatrischen Versorgung 52
- U-Tour: Projekt zur Förderung der Netzwerkbildung zwischen Sportvereinen und Schulen 53
- GAAS - Projekt zur Förderung der Gesundheitskompetenzen von Jugendlichen, die sich nicht in Ausbildung, Arbeit oder Schulung befinden 54
- Theoriegeleiteter Netzwerkaufbau - Möglichkeiten der Übertragung vom Setting Kindergarten auf das Setting Betrieb 55

Parallel Session IIIa - Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in Public Health Ausbildung und Praxis - Symposium der ÖGPH Kompetenzgruppe Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt

- Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in Public Health Ausbildung und Praxis 58
- Sexualität als Public Health Thema? 59
- The significance of sex education in schools in developing healthy sexuality, HIV/STI awareness and prevention among adolescents in Vienna - A protocol for a prospective study in two parts. 60
- Eine „Pille“ als Ersatz für Kondome? - Review des Risikoverhaltens von MSM unter der Einnahme von Pre-exposure Prophylaxis 61
- Wissen und Einstellungen kroatischen MedizinstudentInnen zur Homosexualität 62
- Die Regenbogengruppe - gemeinsame Arbeit von Studierenden, Lehrenden und ForscherInnen um die Vielfalt von Genderidentitäten und sexuellen Orientierungen an der MedUni und am AKH Wien sichtbar zu machen 63
- Sexuelle Orientierung und geschlechtliche Vielfalt: Ansätze und Aktivitäten zu Diversität in der Wiener Gesundheitsförderung 64

Parallel Session IIIb - Workshop

- Partizipative Gesundheitsforschung 65

Parallel Session IIIc - Kinder- und Jugendgesundheit -

Symposium der ÖGPH Kompetenzgruppe Kinder- und Jugendgesundheit

- Frühe Hilfen - Daten, Fakten, Erfolge 68
- Frühe Hilfen - Netzwerkmanagement und Familienbegleitung als „bescheidene“ Profession? 69
- Gesunder Kindergarten - gemeinsam wachsen 70
- Fighting the social gap: international, national and local health improvement strategies for the young 71
- Gesundheitskompetenz in der außerschulischen professionellen Jugendarbeit 72
- Reduktion der Raucherprävalenz bei Jugendlichen - Welche Maßnahmen helfen? 73



Parallel Session IVa - International Public Health

- Area- and individual-level socioeconomic differences in health and health-risk behaviours in Slovak and Dutch cities 76
- Japanese women's experiences of going through prenatal diagnostic testing in the United States and Austria - a qualitative study 77
- Explaining the impact of poverty on old-age frailty in Europe: Material, psychosocial and behavioural factors 78
- Prävalenz von Frailty bei Personen über 65 Jahren anhand des SHARE-FIs in 11 verschiedenen Ländern 79

Parallel Session IVb - Lebensstil

- Zucker-gesüßte Getränke und Gewichtszunahme bei Kindern und Erwachsenen: eine systematische Übersichtsarbeit von 2013 bis 2015 und ein Vergleich mit früheren Studien 82
- Schnittstellenmanagement: Von der Kur in das JACKPOT.fit Programm 83
- Zur Gesundheit der Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen in Oberösterreich. Eine deskriptive Querschnittstudie 84
- Gesundheitsförderliche Aspekte der graphischen Warnhinweise auf Zigarettenpackungen 85

Parallel Session IVc - Mixed Public Health

- Big Data = Big Public Health? 88
- Unfreiwillige Unterbringung in der Psychiatrie in Österreich. Vielversprechende Ansätze zur Qualitätsverbesserung in einem äußerst sensiblen Bereich der Krankenversorgung. 89
- Gesundheitskompetenz von Führungskräften und MitarbeiterInnen - Ansätze für das Betriebliche Gesundheitsmanagement 90
- Die Organisationskultur als Ansatzpunkt zur zielgruppen-spezifischen Förderung der Gesundheit ganzer Organisationen 91

Posterpräsentationen Ia

- Prävalenz von ADHS und Hepatitis C in einer Hochrisikogruppe - Personen in Haft in Opioiderhaltungstherapie 94
- Zusammenhang zwischen Arbeitsumgebung und subjektiver Arbeitsfähigkeit in Kleinunternehmen im Burgenland 95
- Arbeitsfähigkeit und Muskelkraft bei Patienten und Patientinnen mit Rheumatoider Arthritis 96
- Analyse der Fit Sport Austria Angebotslandschaft innerhalb der SPORTUNION. 98
- Screening von Risikofaktoren als Sekundärprävention durch betriebliche Gesundheits-Checks 99
- Motivation zur Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen aus der Sicht älterer und hochaltriger Menschen 100
- Bewegungsintervention mit smoveys® für türkischstämmige Migrantinnen mit Mammakarzinom 101
- UGOTCHI - Kinder gesund bewegen 102
- Die gute Wahl - Evaluation von Kennzeichnungssystemen am Schulbuffet 103

Posterpräsentationen Ib

• Gesunde Studierende an der Fachhochschule Burgenland	106
• Gesundheitskommunikation an Hochschulen	107
• Gesundheitsförderung für ältere Personen im kommunalen Setting - Modellprojekt „Gemeinsam gesund alt werden“	108
• Informationsplattform Arzneimittelsicherheit	109
• Transnationales Netzwerk zur Kur- und Rehabilitationsforschung	110
• Gesund im Wiener Kindergarten	111
• Antibiotikaverbrauch im niedergelassenen Bereich mit besonderem Fokus auf Kinder	112
• Kosteneffektivität von organisiertem versus opportunistischem Screening von Brustkrebs in Österreich.	113
• Entwicklung eines leicht-verständlichen Patienten-, Team- und Facharztfragebogens zur Erhebung von Qualitätsindikatoren für österreichische Primärversorgungseinrichtungen.	114

Posterpräsentationen IIa

• TurnusärztInnen nach der Änderung der Arbeitszeitrichtlinie - Zeit für Ausbildung versus Balance der Life-domains?	116
• Entlastung für Mediziner/innen im Krankenhaus durch medizinische Dokumentationsfachkräfte. Eine Bedarfserhebung bei österreichischen Krankenanstaltenträgern	117
• Detailmaßnahmenkatalog für die Ernährung für Kinder im Alter von vier bis zehn Jahren	118
• Kinder- und Jugendpsychiatrie - die Versorgung in Österreich	119
• Multimorbidität und assoziierte Kosten in Österreich - eine Abschätzung anhand von Abrechnungsdaten der Österreichischen Sozialversicherungsträger	120
• Studierendenkongresse als Möglichkeit den akademischen Nachwuchs für die Forschung zu motivieren	121
• Sport und Instagram: Motivation und Frustration durch die Nutzung von Social Media	122
• Nature Relatedness and Wellbeing of Older Aged Horseback Riders	123

Posterpräsentationen IIb

• Die Versorgung am Lebensende - Auf dem Weg zum biopolitisch „effizienten Sterben“?	126
• (R)adOmnes - Radverkehrsförderung in der Alltagsmobilität für alle VerkehrsteilnehmerInnen	127
• Die Rolle biologischer Faktoren bei Geschlechterunterschieden in Erkrankungen: Was wir von Ordensleuten lernen können	128
• Sachlich unbegründeter Alarmismus in der Prävention am Beispiel „Stillen und Alkohol“	130
• Diffusion von Public Health Wissen durch unterschiedliche Bildungswege und berufliche Tätigkeitsfelder von FH-AbsolventInnen	131
• Bedarfsanalyse der MS-Gesellschaften und MS-Selbsthilfe in Österreich	132
• Messung von Bewegungskompetenz „Physical Literacy“ bei Erwachsenen	133



Editorial

Gesellschaft und Gesundheit

T. E. Dorner;

Österreichische Gesellschaft für Public Health

Die Gesellschaft ist starken Prozessen unterworfen. Änderungen in der Gesellschaft haben selbstverständlich auch Auswirkungen auf die Gesundheit. Viel hat sich gerade in den letzten Monaten in der Gesellschaft verändert, sei es in Österreich, in Europa oder weltweit. Die Stimmung in der Gesellschaft hat sich wahrnehmbar verschlechtert, die Unzufriedenheit ist größer geworden. Und das, obwohl es uns objektiv so gut geht wie noch nie in der Geschichte. Häufig wird von einer Spaltung der Gesellschaft gesprochen. Dabei wurden schon alle soziodemographischen oder sozioökonomischen Variablen herangezogen und deren Mediane als Markierung für einen Riss in der Gesellschaft herbeigeredet. Die kolportierten einander gegenüberstehenden Lager heißen beispielsweise: migrierte und indigene Bevölkerung; Alte und Junge; Frauen und Männer; Gebildete und weniger Gebildete; Personen mit Religionszugehörigkeit und areligiöse Menschen; Solidaritätsbefürworter und Eigenverantwortungsbefürworter; und so weiter. Es sind immer die jeweils anderen, die an eh allem schuld sind.

Der Zusammenhalt in der Gesellschaft scheint sich ebenfalls gewandelt zu haben. Brexit und die dadurch entstandene europäische Krise und das Emporkommen rechtspopulistischer Organisationen in ganz Europa sind wichtige Indizien dafür. In allen Ebenen scheint der eigene unmittelbare und kurzfristige Profit wichtiger zu sein, als langfristige nachhaltige Überlegungen wie es zu einem möglichst hohen Benefit für möglichst viele Menschen kommt. Dazu kommt auch noch das Heranreifen einer sogenannten Generation Y, der nachgesagt wird, sie sei besonders dadurch gekennzeichnet, bei allen Entscheidungen ihren unmittelbaren persönlichen Vorteil in den Mittelpunkt zu rücken.

Auch die Einstellung zu Wissenschaftlichkeit und Vernunft scheint sich in der jüngsten Zeit verändert zu haben. Politische Entscheidungen werden nicht zunehmend mehr, sondern zunehmend weniger faktenbasiert getroffen. Bewiesene Tatsachen werden als „alternative facts“ abgetan, damit so Entscheidungen gegen die wissenschaftliche Evidenz getroffen werden können. Und aus welchen Gründen werden dann Entscheidungen getroffen? Aus einer Laune heraus, weil es einen politischen Gegendeal gibt, oder wieder, weil man sich einen persönlichen Profit daraus erhofft. Die Wissenschaft wird häufig lediglich als zusätzliche weitere Meinung angesehen. Als eine Meinung unter vielen anderen.

Aber was bedeutet Wissenschaft eigentlich? Es bedeutet nichts anderes als die Gesamtheit von Erkenntnissen und Erfahrungen, die sich auf ein bestimmtes Gebiet beziehen und verfolgt kausale Zusammenhänge zu ergründen und darzustellen. Somit ist Wissenschaftlichkeit die einzige vernünftige Basis um begründbare Entscheidungen treffen zu können.

Und was haben gesellschaftliche Veränderung mit Gesundheit zu tun? Sehr viel natürlich. Nachdem Gesundheit, vollständiges körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden, von in allen Politikfeldern befindlichen Determinanten abhängt, haben alle gesellschaftlichen Prozesse einen Einfluss auf die Gesundheit. Unzufriedenheit, das Gefühl zu den Benachteiligten zu gehören und Angst sind mit Wohlbefinden und somit mit Gesundheit nicht vereinbar. Dazu haben wir auch noch ein Gesundheitssystem, das sehr stark darauf beruht, dass die, die mehr haben auch mehr dazu beitragen, dass die Gesundheitsversorgung für alle leistbar ist. Geht in der Gesellschaft verloren, dass man längerfristig auf die möglichst hohe Gesundheit für möglichst alle Menschen schaut, würde das das Ende unserer Gesundheits- Sozial- und Sozialversicherungssysteme wie wir es jetzt kennen bedeuten. Und schließlich werden auch im Gesundheitssystem Entscheidungen getroffen, optimaler Weise vernünftig und faktenbasiert. Deshalb ist auch Public Health Forschung so wichtig, von der Gesundheitsförderungsforschung bis zur Versorgungsforschung. Und als Gesellschaft sollte es uns auch wert sein, diese adäquat zu finanzieren.

Und wie gehen wir als wissenschaftliche Public Health Community damit um, dass die Bedeutung von Wissenschaftlichkeit und Faktenbasiertheit zu schwinden scheint? Die Vienna Declaration, die wir letztes Jahr im Rahmen der European Public Health Conference verabschiedet haben, gibt bereits einige Antworten. Demnach verpflichten wir uns als Public Health Community als Antwort auf die Veränderungen in der Gesellschaft zu folgenden Dingen:

- „hochqualitative, transparente und innovative Systeme zur Informationsvermittlung an EntscheidungsträgerInnen aus allen Politikfeldern zu entwickeln, zu verbessern und zu benutzen;
- für Gesundheit einzutreten; mit jenen, die dieselben Ziele verfolgen, zusammenzuarbeiten, auch wenn diese noch nicht für das Streben nach einer besseren Gesundheit engagiert sind und jene herauszufordern, deren Worte und Taten eine Bedrohung für Gesundheit darstellen;
- die Auswirkungen auf Gesundheit in allen Politikbereichen sichtbar zu machen und die EntscheidungsträgerInnen für ihre Taten im Streben nach einer besseren Gesundheit zur Verantwortung zu ziehen;
- ein motivierendes, hochqualifiziertes Umfeld zu schaffen, in dem alle Beteiligten in ihren verschiedenen Rollen und Bereichen zu einer Verbesserung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung beitragen können.“

Schließlich sollten wir uns bei allen möglichen drohenden dunklen Szenarien aufgrund der Veränderungen in der Gesellschaft, ebenfalls auf die Fakten besinnen. Und diese sagen, wir haben die 20. Wissenschaftliche Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health. Seit Gründung der Tagung gibt es beinahe jedes Jahr einen neuen Besucherrekord. Und das ist zunächst einmal durchaus ein Grund zum Feiern. In diesem Abstractband sind wieder viele wissenschaftliche Arbeiten aus Österreich zusammengetragen, die alle die Absicht haben, die Gesundheit in der Gesellschaft zu verbessern. Die Jubiläumstagung sollte auch tatsächlich zum Feiern genutzt werden und dafür zu reflektieren, was wir als wissenschaftliche Gesellschaft bereits für die Gesellschaft und Gesundheit erreicht haben.



Editorial

Public Health in Bewegung

C. Lackinger;

Österreichische Gesellschaft für Public Health, Vienna, Austria.

Die 20. Wissenschaftliche Tagung der ÖGPH widmet sich den aktuellen und zukünftigen Public Health Herausforderungen. Naturgemäß ist mir persönlich die Förderung der körperlichen Aktivität ein wichtiges Anliegen. Aber gerade der Bereich „Bewegung“ ist gut geeignet, um die aktuellen und zukünftigen Aufgabenfelder aus Public Health Sicht zu diskutieren.

Mittlerweile ist es schon mehr als 5 Jahre her, dass die von der ÖGPH Kompetenzgruppe körperliche Aktivität / Bewegung / Sport erarbeiteten „Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung“ veröffentlicht wurden. Demnach gilt für Erwachsene, dass neben muskelkräftigenden Aktivitäten wöchentlich mindestens 150/75 Minuten aerobe körperliche Aktivität mit mittlerer/höherer Intensität erforderlich sind um einen substantiellen gesundheitlichen Nutzen zu erreichen, und zusätzlich zweimal wöchentlich muskelkräftigende Aktivitäten. Nach wie vor erreicht nur ein kleiner Teil der Bevölkerung dieses Mindestausmaß, die Datenlage dazu ist nach wie vor mangelhaft. Positiv hingegen sehe ich die Entwicklung vieler medizinischer Leitlinien zum Lebensstil. Wurde vor gar nicht allzu langer Zeit noch heftig debattiert, welche Trainingsform die optimalen Effekte bringt hat man mittlerweile erkannt, dass es viel wichtiger ist Maßnahmen zu entwickeln, die auch tatsächlich von einem großen Teil der jeweiligen Zielgruppe dauerhaft umgesetzt werden. So beschreiben einige aktuelle Leitlinien, dass gerade in der Schaffung von Zugängen zu regionalen Einrichtungen, die qualifizierte Bewegungsangebote bereitstellen, ein wichtiges Handlungsfeld besteht.

Aber sind wir uns ehrlich: Gerade Tagungen und Konferenzen sind nicht gerade der Inbegriff eines gesunden Lebensstils. Von früh bis spät wird für eine ausreichende Kalorienzufuhr gesorgt; die interessantesten Vorträge und Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen lassen keine Zeit für gesundheitsfördernde körperliche Aktivität. Hier möchten wir als ÖGPH einen deutlichen Akzent setzen und alle Kongressteilnehmerinnen und Teilnehmer unterstützen, die Bewegungsempfehlungen zu erreichen. Bekanntlich zählen ja auch nur jene aeroben Aktivitäten, die neben der erforderlichen Intensität auch mindestens 10 Minuten am Stück gemacht werden, als gesundheitsfördernde körperliche Aktivität. Deswegen veranstalten wir mit tatkräftiger Unterstützung des Instituts für Sportwissenschaften am Donnerstag den 11. Mai den 3. österreichischen Public Health Run & Walk. Alle Kongressteilnehmerinnen und Teilnehmer sind herzlich eingeladen, dieses Angebot auch zu nutzen. Der Run & Walk startet um 18.00 Uhr – somit bleibt bestimmt ausreichende Zeit, um frisch geduscht ab 20.00 Uhr am wohlverdienten Conference-Dinner teilzunehmen.

Bei der Gelegenheit möchte ich mich auch bei unserem Kooperationspartner SVA recht herzlich bedanken. Durch die Zusammenarbeit gelingt es der ÖGPH auch dieses Jahr eine hochkarätige Tagung zu organisieren und umzusetzen.

Ich freue mich, dass wir uns in Eisenstadt sehen und vergessen Sie nicht Ihre Sportsachen einzupacken.

Plenumsvorträge

Parallel Session Ia

Parallel Session Ib

Parallel Session Ic

Parallel Session IIa

Parallel Session IIc

Parallel Session IIIa

Parallel Session IIIb

Parallel Session IIIc

Parallel Session IVa

Parallel Session IVb

Parallel Session IVc

Posterpräsentationen Ia

Posterpräsentationen Ib

Posterpräsentationen IIa

Posterpräsentationen IIb

Plenumsvorträge



Public Mental Health Promotion in Societal Crises: Wishful Thinking or Ethical obligation?

Professor Wolfgang Rutz, MD, PhD;

Director of the European WHO Program for Mental Health, Copenhagen 1998 - 2005

Professor of Social Psychiatry and Public Mental Health, University for Applied Sciences, Coburg/Germany

Senior Advisor, Karolinska Institutet and Uppsala University, Stockholm / Sweden

Summary:

Today, our world is increasingly experienced to be in a dramatic change, afflicting the mental health of individuals, risk groups, societies and states, jeopardizing and undermining the democratic and human capital in different countries.

Hitherto, environmental ecological experts have significantly and with increasing strength advocated cautiousness regarding environmental stress due to policy changes and invasive environmental activities. They have done it by offering problem descriptions and consequence analysis to decision makers as a presupposition to their policies with regard to specific animal and other biotopes as well as climatical hazards.

However, little has practically been done regarding human beings basic needs. Human ecological expertise was not established or has not been heard enough regarding the consequences for human beings depending on deficiencies in basic preconditions for human wellbeing and health, like autonomy, social connectedness, meaning and integrity. The eventual consequences of this can already be seen expressed in mental health statistics regarding mental ill health related morbidity and mortality. They also can be found when we today observe on a societal level even a mental ill health related loss of democratic potential leading to regressive societal phenomena that threaten to facilitate a development of fundamentalist, paranoid and intolerant societies...Thus, mental health and the resilience against regressive societal fundamentalism seem to be interrelated.

Here, psychiatry, owing a decisive knowledge about the "Conditio Humana" in integration with other mental health expertise, could and should have a moral obligation to engage in the political discussion, by claiming a warning, advising and analytical function in political discourses with political - and other decision makers, in order to create a human ecological body of expertise aimed at concrete action to stimulate developments enhancing peoples access to the determinants of mental health and democracy and by this counteracting ill being, illness and the societal regression into totalitarian societies.

Mental Health is Public Health. Individual responsibility taking alone is not enough. Professional and societal support is demanded to facilitate individual mental health promotion.

A first step here could be to activate human ecological expertise and even formally gain influence in a way as experienced scientists and environmental workers have done for years regarding our physical and climatical environment.

Podiumsdiskussion:

Aktuelle und zukünftige Herausforderungen im Gesundheitssystem

D. Dick¹, C. Lackinger²;

¹Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft, Wien, Austria, ²SPORTUNION Österreich, Wien, Austria.

Teilnehmer Podiumsdiskussion

Dr. Thomas E. Dorner (ÖGPH)

Dr. Christian Lackinger (SPORTUNION)

GD-Stv. Dr. Thomas Neumann (SVA)

Prof. Dr. Herwig Ostermann (GÖG)

GD Mag. Jan Pazourek (NÖGKK)

Moderation: Karin Pollak

Ausgangslage

Gesundheit braucht Rahmenbedingungen. Das sind einerseits gesellschaftliche Voraussetzungen wie Bildung, sicherer Arbeitsplatz oder funktionierende Öko-Systeme, aber das sind andererseits auch persönliche Lebensstilfaktoren wie ausgewogene Ernährung oder ausreichend körperlich aktiv zu sein. Nicht immer sind Gesundheitsdeterminanten durch den einzelnen beeinflussbar, jedoch gibt es viele Chancen zur Gesundheit, die in der individuellen Eigenverantwortung liegen. Bei aktuellen und zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitssystem ist das Zusammenarbeiten vieler Sektoren und unterschiedlicher Institutionen nötig, um diese komplexen Public Health Fragestellungen zufriedenstellend lösen zu können. Diesen komplexen Fragestellungen werden sich VertreterInnen aus unterschiedlichen Sektoren des öffentlichen Lebens im Rahmen einer Podiumsdiskussion stellen. So soll gemeinsam diskutiert werden, wie „mehr“ Gesundheit für jeden Einzelnen durch aktive Zusammenarbeit erreicht werden kann.

Umsetzung

Dieses Symposium findet in Form einer Podiumsdiskussion statt. Dazu wurden VertreterInnen von unterschiedlichen Organisationen eingeladen. So diskutieren RepräsentantInnen der Sozialversicherung, des Gesundheitssektors, der Sportorganisationen, der Wissenschaft und der Politik gemeinsam.

Diskussion

In der Podiumsdiskussion werden durchwegs gegensätzliche Meinungen und Anschauungen aufeinandertreffen. Im zweiten Teil des Symposiums sind alle TeilnehmerInnen eingeladen, sich an der Diskussion gemeinsam mit den Podium einzubringen.

Parallel Session Ia
Symposium der
ÖGPH Kompetenzgruppe
Public Mental Health
Aspekte von Mental Health
und Prävention



Aspekte von Mental Health und Pävention: Symposium der ÖGPH Kompetenzgruppe Public Mental Health

B. Till¹, T. **Niederkroenthaler**¹, L. Urban², K. Waldherr³, A. Grabenhofer-Eggerth⁴, E. Mittendorfer-Rutz⁵;

¹Medical University Vienna, Center for Public Health, Department of Social and Preventive Medicine, Suicide Research Unit, Vienna, Austria, ²Kriseninterventionszentrum Wien, Vienna, Austria, ³Ferdinand Porsche FernFH, Wiener Neustadt, Austria, ⁴GÖG-Gesundheit Österreich GmbH, Vienna, Austria, ⁵Karolinska Institutet, Department of Clinical Neuroscience, Division of Insurance Medicine, Stockholm, Sweden.

Vorsitzende: Thomas Niederkroenthaler*, Benedikt Till*

*Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health, Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin, Unit Suizidforschung

In diesem Symposium wird auf aktuelle Forschungs- und Präventionsprojekte im Bereich Mental Health fokussiert. Insbesondere Forschungs- und Präventionsarbeit aus den Anwendungsbereich Medien und Suizidprävention bilden dabei einen Hauptfokus. In den Präsentationen von Thomas Niederkroenthaler und Benedikt Till wird dabei insbesondere die Rolle edukativer Suizidpräventionswebseiten auf Basis einer randomisiert kontrollierten Studie, sowie die Rollen von Suizidforen auf Basis einer Inhaltsanalyse diskutiert. Die Rollen von internetgestützten Interventionen (E-Mental Health) in der Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung von psychischen Erkrankungen werden von Karin Waldherr besprochen. Einen Einblick in derzeit laufende Suizidpräventionsprojekte liefert Urban Lorenz, der auf das Projekt Vaeter-in-Krisen.at – ein Kriseninterventionsangebot für Familienväter in akuten psychosozialen Krisen – eingehen wird. Alexander Grabenhofer-Eggerth bietet einen Überblick über den derzeitigen Stand der Umsetzung des Suizidpräventionsprogramms Austria (SUPRA), sowie seiner Querverbindung zum Gesundheitsziel 9 – psychosoziale Gesundheit. Abschliessend stellt Ellenor Mittendorfer-Rutz eine epidemiologische Registerstudie vor, in der Muster in der Nutzung von psychiatrischen Behandlungsangeboten vor und nach dem Erhalt einer disability pension in Schweden und der Einfluss von Policy-Änderungen untersucht wurden.

Einzelvorträge

Benedikt Till, Thomas Niederkroenthaler: Die Wirkung von edukativen Webseiten über Suizidprävention auf Suizidrisikofaktoren von Userinnen und Usern: Eine randomisierte kontrollierte Studie

Thomas Niederkroenthaler, Benedikt Till: Predictors of psychological improvement on non-professional suicide message boards: content analysis

Karin Waldherr, Michael Zeiler: E-Mental Health: Potential, Qualitätssicherung, Evidenz

Lorenz Urban, Thomas Kapitany, Claudius Stein: Vaeter-in-Krisen.at – ein Kriseninterventionsangebot für Familienväter in akuten psychosozialen Krisen

Alexander Grabenhofer-Eggerth, Monika Nowotny, Aida Tanios: Laufende gesundheitspolitische Strategieentwicklungsprozesse als Chance für die Suizidprävention

Ellenor Mittendorfer-Rutz, Syed Ghulam Rahman, Kristina Alexanderson, Jussi Jokinen, Petter Tingshög: Disability pension due to common mental disorders and healthcare use before and after policy changes: a nationwide study

Die Wirkung von edukativen Webseiten über Suizidprävention auf Suizidrisikofaktoren von Userinnen und Usern: Eine randomisierte kontrollierte Studie

B. Till, T. Niederkrotenthaler;

Medical University of Vienna, Center for Public Health, Department of Social and Preventive Medicine, Vienna, Austria.

Dieser Vortrag ist Teil des Symposiums „Aspekte von Mental Health und Prävention: Symposium der ÖGPH Kompetenzgruppe Public Mental Health“

Hintergrund

Im Internet ist eine große Bandbreite an Informationen über Suizid verfügbar. Suizidpräventionsorganisationen nutzen oft edukative Webseiten im Internet, um die Öffentlichkeit über Suizid aufzuklären. Studie über die Effekte dieser Webseiten gibt es bis jetzt aber noch kaum. In der hier vorliegenden Studie wurde daher die Wirkung von drei edukativen Suizidpräventionswebseiten auf Userinnen und User untersucht sowie der Einfluss der individuellen Vulnerabilität auf diese Effekte.

Methoden

In einer randomisierten kontrollierten Studie wurden 161 Personen entweder eine von drei edukativen Webseiten über Suizidprävention gezeigt (www.youth-life-line.de, www.u25-freiburg.de, www.frnd.de) oder eine Webseite ohne jeglichen Bezug zu Suizid. Daten zu Suizidrisikofaktoren der Probandinnen und Probanden wurden mittels Fragebögen unmittelbar vor und nach der Betrachtung der jeweiligen Webseite sowie eine Woche später erhoben. Suizidalität war dabei die primäre Outcome-Variable, aktuelle Stimmung, Wissen über Suizidalität sowie Einstellung zu Suizid und zu professioneller Hilfe waren die sekundären Outcome-Variablen. Die Stichprobe wurde anhand des Median des Suizidalität-Scores in eine Gruppe mit niedriger und eine Gruppe mit erhöhter Vulnerabilität geteilt.

Ergebnisse

Bei Personen mit Suizidalität-Scores über dem Median der Stichprobe kam es nach der Betrachtung einer der Webseiten über Suizidprävention im Vergleich zur Kontrollgruppe zu einem signifikanten Rückgang an Suizidalität, der auch noch eine Woche später zu verzeichnen war. Darüber hinaus gab es in diesen Gruppen ebenfalls eine signifikante kurzfristige Verschlechterung der aktuellen Stimmung sowie eine signifikante Verbesserung an Wissen über Suizidalität. Letzterer Effekt konnte auch noch eine Woche später festgestellt werden. Zwischen den drei Webseiten zu Suizidprävention gab es keine Unterschiede hinsichtlich der Effekte.

Schlussfolgerungen

Edukative Komponenten von Webseiten von professionellen Suizidpräventionsorganisationen scheinen eine nachhaltige positive Wirkung mittlerer Effektstärke auf Suizidrisikofaktoren von Userinnen und User eines Subsamples der allgemeinen Bevölkerung mit erhöhter Vulnerabilität zu haben und deren Wissen über Suizidalität zu verbessern. Die Ergebnisse dieser Studie deuten auf einen potenziell suizid-protectiven Papageno-Effekt bei Online-Medien hin. Weiterführende Studien mit Probandinnen und Probanden aus einem klinischen Sample wären wünschenswert. Diese Studie wurde vom FWF (Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung) gefördert (Projektnummer: P-23659-B11).



Predictors of psychological improvement on non-professional suicide message boards: content analysis

T. Niederkrotenthaler¹, M. Gould², S. Stack³, G. Sonneck⁴, B. Till¹;

¹Medical University Vienna, Center for Public Health, Department of Social and Preventive Medicine, Suicide Research Unit, Vienna, Austria, ²Columbia University, New York State Psychiatric Institute, New York, United States, ³Wayne State University, Detroit, United States, ⁴Crisis Intervention Centre Vienna, Vienna, Austria.

Diese Präsentation ist Teil des Symposiums: Aspekte von Mental Health und Prävention: Symposium der ÖGPH Kompetenzgruppe Public Mental Health (Chairs: Thomas Niederkrotenthaler, Benedikt Till)

Background

Suicide message boards have been at the core of debates about negative influences of the Internet on suicidality. Nothing is currently known about communication styles that may help users to psychologically improve in these settings.

Method

In all, 1182 archival threads with 20 499 individual postings from seven non-professional suicide message boards supporting an 'against-suicide', 'neutral' or 'pro-suicide' attitude were randomly selected and subject to content analysis. Initial needs of primary posters (i.e. individual who open a thread), their psychological improvement by the end of the thread, their responses received and indicators of suicidality were coded. Differences between 'pro-suicide', 'neutral' and 'against suicide' boards, and correlations between primary posters and respondents in terms of suicidality were assessed. Logistic regression was used to test associations with psychological improvement.

Results

'Pro-suicide' boards (n = 4) differed from 'neutral' (n = 1) and 'against-suicide' (n = 2) boards in terms of communicated contents. Indicators of suicidality correlated moderately to strongly between primary posters and respondents on 'pro-suicide' message boards, but less on other boards. Several communicative strategies were associated with psychological improvement in primary posters, including the provision of constructive advice [adjusted odds ratio (aOR) 4.10, 95% confidence interval (CI) 2.40-7.03], active listening (aOR 1.60, 95% CI 1.12-2.27), sympathy towards the poster (aOR 2.22, 95% CI 1.68-2.95) and provision of alternatives to suicide (aOR 2.30, 95% CI 1.67-3.18).

Conclusions

Respondents resemble primary posters with regard to suicidality in 'pro-suicide' boards, which may hinder psychological improvement. Still, opportunities to intervene in these settings using simple communication techniques exist and need to be taken and evaluated.

Reference

Niederkrotenthaler T, Gould M, Sonneck G, Stack S, Till B. Predictors of psychological improvement on non-professional suicide message boards: content analysis. *Psychological Medicine*. 2016;46(16): 3429-3442.

E-Mental Health: Potential, Qualitätssicherung, Evidenz

K. Waldherr¹, M. Zeiler²;

¹Ferdinand Porsche FernFH, Wr. Neustadt, Austria, ²Medizinische Universität Wien, UK für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Wien, Austria.

@Symposium: „Aspekte von Mental Health und Prävention: Symposium der ÖGPH Kompetenzgruppe Public Mental Health“

Hintergrund

Die Prävalenzraten bei psychischen Erkrankungen sind hoch und insbesondere im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich gibt es Versorgungsengpässe. Die Potentiale von internetgestützten Interventionen in der Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung von psychischen Erkrankungen zur Überbrückung der Diskrepanz zwischen Bedarf und Versorgung wurden bereits vor Jahrzehnten erkannt. Die Anwendungen von E-Mental Health inklusive mobiler Anwendungen (M-Mental Health) reichen von Information und Psychoedukation, universeller und indizierter Prävention, Beratung und Selbsthilfe (angeleitet oder nicht angeleitet) bis zur Behandlung. In demselben Maße wie bei Face-to-Face-Interventionen haben die jeweiligen Zielgruppen auch bei E- und M-Mental Health das Recht auf ein optimales und qualitätsgesichertes Angebot von wissenschaftlich fundierten und wirksamen Interventionen.

Methoden

In dem Beitrag werden die Ergebnisse einer Literaturrecherche zu den Potentialen von E-Mental Health, zu Belegen der Wirksamkeit und zu Kriterien zur Qualitätssicherung präsentiert sowie Limitationen der bisherigen Forschung vorgestellt.

Ergebnisse

E-Mental Health hat u.a. hohes Potential im Hinblick auf leichte Zugänglichkeit zu Psychoedukation und ersten Behandlungsschritten bei leichteren Ausprägungen psychischer Erkrankungen (z.B. überall und jederzeit verfügbar, keine Wartezeiten, keine Stigmatisierung) sowie im Hinblick auf Kosteneffizienz. Belege für die Wirksamkeit liegen für eine Reihe von häufig vorkommenden Störungsgruppen vor (z.B. Depression, Angststörungen, Anpassungsstörungen, Substanzmissbrauch, Essstörungen), insbesondere für Interventionen, die auf kognitiver Verhaltenstherapie beruhen. Auf internationaler Ebene wurde ein Diskurs zu Qualitätskriterien für E-/M-Mental Health Interventionen gestartet, wobei einheitliche Standards bis dato noch nicht verfügbar sind.

Schlussfolgerungen

E-/M-Mental Health Interventionen tragen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei. Um ein optimales und qualitätsgesichertes Angebot zu schaffen, ist jedoch weitere Forschung im Bereich der Förderung von Ressourcen (z.B. Resilienz), Angeboten für Angehörige (z.B. Eltern von Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen), weiteren Störungsbildern, Moderatoren und Mediatoren der Wirksamkeit (z.B. guided vs. unguided), Adhärenz und Kosteneffizienz erforderlich. Einen Beitrag dazu wird das von der EU im Horizon2020-Programm (Grant No. 634757) geförderte Projekt „ICare“ (Integrating Technology in Mental Health Care Delivery in Europe, www.icare-online.eu) liefern, das u.a. zum Ziel hat, eine Zielgruppen- und störungsübergreifende Plattform für rund 30 verschiedene evidenzbasierte E-Mental Health Interventionen aufzubauen, übergreifend Moderatoren und Mediatoren der Wirksamkeit zu identifizieren sowie die Interventionen ökonomisch zu evaluieren.



Vaeter-in-Krisen.at - ein Kriseninterventionsangebot für Familienväter in akuten psychosozialen Krisen

L. Urban, T. Kapitany, C. Stein;

Kriseninterventionszentrum Wien, Wien, Austria.

Das Kriseninterventionszentrum Wien setzt mit einem Projekt einen Schwerpunkt in der Betreuung von Familienvätern in Krisen. Männer stellen in krisenhaften Entwicklungen eine Risikogruppe in Hinblick auf Gefährdungen wie Suizidalität und Gewaltproblematik dar. So sterben in Österreich Männer dreimal häufiger durch Suizid als Frauen. Das liegt auch daran, dass Männer in psychischen Krisen seltener Hilfe in Anspruch nehmen.

Das Projekt macht einerseits Familienvätern in einer akuten psychosozialen Krise ein Beratungs- und Kriseninterventionsangebot, das betroffene Männer niederschwellig bereits bei einer Telefonberatung, aber auch mit dem Vorteil größtmöglicher Anonymität mittels Email-Beratung, und auch im persönlichen Kontakt in Anspruch nehmen können.

Ein wichtiger Projektteil umfasst Aktivitäten, die darauf abzielen betroffenen Männern das Angebot bekannt zu machen und sie zur Inanspruchnahme zu motivieren. Mit www.vaeter-in-krisen.at wurde eine Website für Betroffene eingerichtet, die einerseits Familienväter mit ihren Belastungen und Beeinträchtigungen psychoedukativ anspricht, ihnen Verständnis für ihre Problematik aber auch ihre Gefährdungen vermittelt und ihnen die Möglichkeiten der Krisenintervention nahebringt und das Angebot bekannt macht.

Große präventive Bedeutung haben auch die sogenannten Gatekeeper. Gatekeeper sind jene Personen in ihrer beruflichen bzw. sozialen Situation, mit denen suizid- und krisengefährdete Menschen noch am ehesten in Kontakt kommen. Bei Männern bzw. Vätern in belasteten Familien sind das z.B. MitarbeiterInnen des Arbeitsmarktservice und des Jugendamts, HausärztInnen, das Familiengericht, FamilienhelferInnen, etc. Für diese Gatekeeper und Institutionen werden Schulungen angeboten, die wichtige Prinzipien des Umgangs mit Krisen, Suizidalität und Gewaltgefährdung vermitteln, das Interventionsangebot des Kriseninterventionszentrums bei den Gatekeeper bekannt machen und die Kooperation fördern. Das Projekt mit einer Förderung aus den Mitteln der „Gemeinsamen Gesundheitsziele“ läuft über einen Zeitraum von 2 Jahren bis August 2018. Erste Erfahrungen nach dem Projektstart mit bisher bereits knapp einhundert betreuten Familienvätern zeigen, dass das Projekt sehr gut angenommen wird.

Laufende gesundheitspolitische Strategieentwicklungsprozesse als Chance für die Suizidprävention

A. Grabenhofer-Eggerth;

Gesundheit Österreich GmbH, Vienna, Austria.

Im Jahr 2012 wurde durch den damaligen Gesundheitsminister Stöger das österreichische Suizidpräventionsprogramm SUPRA der Öffentlichkeit präsentiert. Doch wie eine Schwalbe noch keinen Sommer macht, macht ein Programm allein noch keine nationale Strategie. Aus diesem Grund wurde in den letzten Jahren - neben der Umsetzung von zahlreichen Teilprojekten - von einem ExpertInnengremium ein detailliertes Umsetzungskonzept zu SUPRA entwickelt. Das 2017 im Rahmen des jährlichen Suizidberichtes publizierte Umsetzungskonzept besteht aus sechs gleichberechtigten Säulen, denen sechs große strategische Ziele und insgesamt 18 operative Ziele sowie 70 konkrete Maßnahmen inklusive Messgrößen und Zielwerte zugeordnet sind. Aus diesem Umsetzungskonzept wurde das „Start-Paket Suizidprävention“ abgeleitet, es beschreibt anhand der sechs Säulen die für die nächsten zwei Jahre notwendigen Schritte zur Etablierung bzw. Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Suizidprävention in Österreich.

Parallel zur Entwicklung des Umsetzungskonzeptes zum SUPRA Programm startete die Bearbeitung des österreichischen Gesundheitszieles 9 „Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern“. In einer fast 50 köpfigen Gruppe von Expertinnen und Experten aus den unterschiedlichsten Tätigkeitsfeldern und Sektoren werden die Themenfelder Gesundheitsförderung/Prävention/Früherkennung, Versorgung/Rehabilitation/Ausbildung und Gesellschaft/Entstigmatisierung bearbeitet. Gerade ein Health in All Policies Ansatz wie der Gesundheitszieleprozess der Akteure aus den unterschiedlichsten Bereichen zusammenbringt bietet zahlreiche mögliche Ansatzpunkte für ein Querschnittsthema wie die Suizidprävention. In allen drei erarbeiteten Wirkungszielen finden suizidpräventive Aspekte Platz - es besteht die berechtigte Hoffnung, dass die Suizidprävention in Österreich vom Gesundheitszieleprozess stark profitieren kann.



Disability pension due to common mental disorders and healthcare use before and after policy changes; a nationwide study

E. Mittendorfer-Rutz;

Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.

Background

Despite common mental disorders (CMDs) being a main reason for preterm exit from the labour market, there is limited knowledge regarding healthcare use around the time of being granted disability pension (DP) due to CMD. The aim was to study specialized healthcare use before and after being granted DP due to CMD and whether these trajectories differed before and after changes in DP granting criteria in Sweden in 2008.

Methods

Included individuals lived in Sweden, aged 19-64 years with incident DP due to CMD before (wave 1, 2005-06, n = 24 298) or after (wave 2, 2009-10, n = 4056) the changes in 2008. Healthcare trajectories during a 7-year window were assessed by generalized estimating equations. Between- and within-wave differences were examined by interaction models.

Results

Psychiatric healthcare increased until the year preceding DP and declined thereafter, with one exception; such outpatient care kept increasing in wave 1 following DP. In the year preceding DP, 4.6 and 19.2% of the individuals in wave 1 had psychiatric in- and specialized outpatient care, respectively, compared with 7.9 and 46.6% in wave 2. No clear pattern was observed regarding somatic healthcare. The slopes of the different DP waves differed mainly during DP granting years (1 year prior to 1 year after), showing a sharper decline in wave 2.

Conclusion

Transition to DP due to CMD seems to be associated with changes in psychiatric healthcare use, with higher rates in the year preceding DP. Outpatient healthcare patterns somewhat differed among those granted DP after stricter rules were introduced.



Parallel Session Ib

Körperliche Aktivität



Das JACKPOT-Bewegungsprogramm - eine Intervention nach dem Kuraufenthalt

W. Ruf¹, C. Lackinger², L. Großschädl³, A. Strehn⁴, S. Titze¹;

¹Institut für Sportwissenschaft/Universität Graz, Graz, Austria, ²SPORTUNION Österreich, Wien, Austria, ³Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Graz, Austria, ⁴Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Eisenstadt, Austria.

Hintergrund

Während eines stationären Heilverfahrens (Kur) wird das Ziel verfolgt, die Kurteilnehmer/innen zu befähigen, den Lebensstil dauerhaft positiv zu verändern. Zur Unterstützung, regelmäßig körperlicher aktiv zu werden und zu bleiben, wurde das Projekt HEPA-Steiermark mit dem JACKPOT Bewegungsprogramm entwickelt. Im Rahmen von JACKPOT werden 12 kostenlose, standardisierte, regionale Bewegungseinheiten (2-mal pro Woche mit jeweils 40 Minuten Ausdauertraining, 30 Minuten Krafttraining und 20 Minuten Austausch, wie Verhaltensänderung funktionieren kann) nach Beendigung des Kuraufenthalts angeboten. Die Basiserhebung ist abgeschlossen. Die zwei Folgerhebungen - 7 Wochen und 12 Monate nach Kurende - sind noch nicht abgeschlossen. Ziel dieser Präsentation ist es darzustellen, wie sich das Ausmaß der körperlichen Aktivität 7 Wochen nach dem Kuraufenthalt durch das standardisierte regionale JACKPOT-Programm veränderte.

Methoden

Studienteilnehmer/innen wurden je nach Postleitzahl der Interventions- oder Kontrollgruppe zugeteilt. Die Intervention bestand aus den JACKPOT-Bewegungseinheiten. Die Teilnehmer/innen der Kontrollgruppe erhielten die Broschüre „Bewegung. Gesundheit für Alle!“ des Fonds Gesundes Österreich. Das Bewegungsverhalten wurde 3 Wochen vor und 7 Wochen nach dem Kuraufenthalt mit einem Bewegungsmesser am Handgelenk (GeneActiv) gemessen. Die Bewegungsmessung wurde als gültig definiert, wenn der Bewegungsmesser zumindest 2 Tage und mindestens 10 Stunden pro Tag getragen wurde. Ausgewertet wurden Bewegungen, die mindestens 10 Minuten am Stück mit mittlerer Intensität durchgeführt wurden. Bewegungsminuten mit höherer Intensität wurde mit dem Faktor 2 in Minuten mit mittlerer Intensität umgerechnet. Die statistische Auswertung erfolgte mittels nichtparametrischer Tests.

Ergebnisse

Die Teilnehmer/innen der Interventionsgruppe (n=56) konnten das Bewegungsausmaß signifikant von 119 min (SD=94) auf 192 min (SD=206) pro Woche steigern (p=0,008). In der Kontrollgruppe (n=25) kam es zu keinen signifikanten Veränderungen ((118 min (SD=87) versus 139 min (SD=133)) des wöchentlichen Ausmaßes an gesundheitswirksamer Bewegung.

Schlussfolgerung

Der Aufenthalt in einem stationären Heilverfahren kann ein motivierender Faktor sein, um das Ausmaß körperlicher Aktivität zu erhöhen. Teilnehmer/innen, die das standardisierte, regionale Bewegungsprogramm JACKPOT besuchten, bewegten sich nach dem Kuraufenthalt mehr als vor dem Kuraufenthalt. Dies ist ein Hinweis, dass mit der Teilnahme an JACKPOT zusätzlich Bewegung ausgeübt wird. Denn es hätte auch sein können, dass mit der Teilnahme an JACKPOT andere körperliche Aktivitäten weggelassen werden.

HEPA-Steiermark mit dem Bewegungsprogramm JACKPOT. Was lernen wir aus den Ergebnissen der Prozessevaluation?

S. Titze¹, W. Ruffl, L. Großschädl², A. Strehn³, C. Lackinger⁴;

¹Institut für Sportwissenschaft, Universität Graz, Graz, Austria, ²Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Graz, Austria, ³Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Eisenstadt, Austria, ⁴SPORTUNION Österreich, Wien, Austria. Projektverantwortung SVA

Hintergrund

Im Herbst 2015 startete das Projekt HEPA-Steiermark, ein Kooperationsprojekt des organisierten Sports, der Sozialversicherungsträger (SV-T) und der Wissenschaft. Während des Kuraufenthalts werden Frauen und Männer aus acht steirischen Pilotregionen informiert, dass in der Nähe Ihres Wohnsitzes ein standardisiertes Bewegungsprogramm mit dem Namen JACKPOT angeboten wird. Nach dem Kuraufenthalt können die ersten 12 Bewegungseinheiten gratis besucht werden. Im Rahmen der Prozessevaluation wurden die erreichte Zielgruppe, die Zufriedenheit mit JACKPOT sowie die Qualität des Bewegungsprogrammes erhoben.

Methode

Die SV-T informierten die Zielgruppe und luden ein, bei einer Bewegungsmessung (Beschleunigungsmesser) vor Kurbeginn teilzunehmen. In die Studie eingeschlossen wurden Personen, die an der Bewegungsmessung teilnahmen, eine Studieneinverständniserklärung unterschrieben, ≤ 65 Jahre alt waren und die Bewegungsempfehlungen nicht erfüllten.

Während des JACKPOT-Programms, an dem auch ehemalige Kurbesucher/innen teilnehmen konnten, die nicht in die Studie eingeschlossen waren, erhielten die Teilnehmer/innen in der 5. Einheit einen Kurzfragebogen mit Fragen zur Person und zur Zufriedenheit mit dem Programm. Zur Qualitätssicherung von JACKPOT wurde die teilnehmende Beobachtung eingesetzt.

Ergebnisse

Es wurden 1364 Informationsschreiben ausgesandt und 585 (43%) nahmen an der ersten Messung teil. Schließlich erfüllten 235 (40%) Personen alle Einschlusskriterien.

Von den 311 Personen, die den Kurzfragebogen ausfüllten, waren 77% Frauen. Die Hälfte (51%) der Teilnehmer/innen war übergewichtig oder schätzte sich weniger fit als der Durchschnitt ein. Über 90% aller befragten Teilnehmer/innen waren mit dem Programm zufrieden und planten, das Programm fortzusetzen. Mit Hilfe der teilnehmenden Beobachtung wurde festgestellt, dass das standardisierte Programm von den Übungsleiterinnen und Übungsleitern (ÜL) zu einem Großteil eingehalten wurde. Gewisse Elemente wie z.B. Gespräche über „Verhaltensänderung“ wurden seltener eingesetzt.

Schlussfolgerung

Die Studienteilnahmequote von 40% ist zufriedenstellend, war jedoch mit einem hohen Rekrutierungsaufwand verbunden. Mit dem JACKPOT-Programm werden vorwiegend Frauen angesprochen und, wie erhofft, Menschen, die aufgrund Ihres BMI oder der selbst eingeschätzten Fitness eher inaktiv sein dürften. Besonders erfreulich ist die hohe Zufriedenheit mit dem JACKPOT-Programm. Im Rahmen des standardisierten Bewegungsprogramms wurden die empfohlenen Zeiten für das Ausdauer- und Krafttraining von den ausgebildeten ÜL fast immer eingehalten. Es zeigte sich jedoch, dass in Zukunft in der Ausbildung zum/zur „JACKPOT-ÜL“ mehr Zeit für das Thema „Reflexionen zur Verhaltensänderung“ einzuplanen sein wird.



Nachhaltige Aktivierung zu körperlicher Aktivität von Personen mit Adipositas

C. Lackinger¹, J. Wilfinger¹, A. Strehn², D. Dick², T. E. Dorner³;

¹SPORTUNION Österreich, Vienna, Austria, ²SVA, Vienna, Austria, ³Medizinische Universität Wien, Vienna, Austria.

Hintergrund

Bewegungsmangel ist nicht nur für die Entstehung der Adipositas ein wichtiger Risikofaktor, sondern auch für Folgekrankheiten. Art, wöchentlicher Umfang, Dauer und Intensität von körperlicher Aktivität um substantielle gesundheitliche Effekte zu erreichen sind seit Jahren bekannt. Ebenso lange gelingt es nur mit bescheidenem Erfolg, Personen mit Adipositas zu regelmäßiger körperlicher Aktivität zu motivieren. In diesem Zusammenhang gibt es 2 wichtige Herausforderungen, welche komplexe Public Health Fragestellungen beinhalten: 1) wie schaffe ich Zugang zu lokalen Programmen um körperliche Aktivität zu steigern; 2) wie erreicht man, eine dauerhafte Nutzung dieser Angebote. Ziel der Arbeit, welche auch kürzlich im Journal Public Health publiziert war es die Adherence von adipösen Personen betreffend standardisierten Bewegungsprogrammen zu überprüfen.

Methode

In Wiener Sportvereinen wurden standardisierte Bewegungsprogramme (2-mal pro Woche, kombiniertes Herzkreislauf- und Kraftprogramm) angeboten. Information und Motivation erfolgte durch ein Netzwerk an niedergelassenen ÄrztInnen und Ambulanzen. Als Adherence-Rate wurde die Anzahl aller angeboten, dividiert durch die tatsächlich absolvierten Bewegungseinheiten definiert. Die Adherence-Rate wurde nach 2 und 6 Monaten gemessen. Zusätzlich wurde zu Beginn des Programms und nach zwei Monaten die Muskelkraft und die Ausdauer evaluiert.

Ergebnis

Von 720 rekrutierten Personen haben 299 konkret mit einem vereinsbasierten Programm begonnen. In die Studie konnten 71 Personen (75% weiblich) eingeschrieben werden. Mittleres (Standardabweichung) Alter war 52,0 (12,1) Jahre; Mittlerer BMI 37,3 (8,2) kg/m². In den ersten zwei Monaten lag die Adherence-Rate bei 62% und 20% absolvierten mehr als 75% der angebotenen Einheiten. Nach sechs Monaten lag die Adherence-Rate bei 49%. Nach 6 Monaten lag die Drop-Out Raten bei 50%. In den ersten 2 Monaten konnte die mittlere Maximalkraft in den Beinen von 92,5 (25,3) auf 109,4 (28,3) kg signifikant gesteigert werden ($p < 0,001$). Die mittlere Herzfrequenz für eine konstante submaximale Belastung von 65,8 (22,9) Watt wurde von 126,4 (21,7) auf 120,9 (21,1) Herzschläge/Minute gesenkt ($p < 0,001$).

Schlussfolgerung

Bei jenen Personen, die regelmäßig das Vereinsprogramm besuchten waren bereits nach kurzer Zeit signifikante Auswirkungen auf die Fitness gegeben. Es bedarf aber noch gesteigerter Anstrengungen um mehr Personen zur Aufnahme eines Bewegungsprogramms zu motivieren.

Bewegt im Park

K. Weber;

Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger, Wien, Austria.

Hintergrund

Hintergrund des gemeinsamen Projekts „Bewegt im Park“ als Kooperation zwischen dem organisierten Sport und der Sozialversicherung ist zum einen der Nationale Aktionsplan Bewegung, kurz NAP.b der im Ziel 2 Netzwerkstrukturen aufbauen und in Ziel 7 Gesundheitsorientierte Bewegung durch Sozialversicherungsträger fördern, die Vernetzung der Krankenkassen mit dem organisierten Sport im Bereich der gesundheitsorientierten Bewegung vorsieht. Zum anderen gibt das Rahmengesundheitsziel 8 Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern Anlass und Stoßrichtung für diese gemeinsame Arbeit.

Beschreibung des Projektes

„Bewegt im Park“ wurde 2016 zum ersten Mal umgesetzt und ist ein Kooperationsprojekt des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB), des Bundesministeriums für Landesverteidigung und Sport (BMLVS), der Gebietskrankenkassen, kooperierender Städte und Gemeinden sowie kooperierender Sportvereine (Sportunion Österreich, Allgemeiner Sportverband Österreichs). Ziel des Projekts ist es einen Beitrag zur bewegungsförderlichen Gestaltung in den Lebensbereichen Gemeinde/Stadt zu leisten. Zu diesem Zweck werden in den Sommermonaten von Juni bis September niederschwellige Bewegungsangebote von qualifizierten TrainerInnen unverbindlich und kostenfrei im öffentlichen Raum, wie z.B. Parkanlagen, Fußgängerzonen, Spielplätzen angeboten. Im Jahr 2017 werden insgesamt 220 Kurse in acht Bundesländern organisiert. Die Bewegungsangebote reichen von Gesundheitsgymnastik, über Slackline und Fußball bis hin zu Taiji und Yoga und finden bei jeder Witterung statt.

Evaluierungsergebnisse

2016 wurden erstmals 121 Bewegungsangebote pro Woche in acht Bundesländern organisiert und vom Institut für Gesundheitsförderung und Prävention evaluiert. Zusammengefasst ist das Projekt „Bewegt im Park“ 2016 mit insgesamt knapp 14.000 TeilnehmerInnen und durchschnittlich zehn TeilnehmerInnen/Kurs gut angelaufen. Es konnte hinsichtlich Alter, Geschlecht und Sportlichkeit ein heterogener Personenkreis erreicht werden. Desgleichen wurden Personen sowohl im städtischen als auch ländlichen Umfeld erreicht. Die Rückmeldungen von TeilnehmerInnen waren insgesamt sehr positiv – eine Erweiterung des Angebots wird gewünscht.

Empfehlungen

Im Zuge der Weiterführung des Projektes werden auch in Zukunft die angebotenen Kurse niederschwellig, kostenlos und abwechslungsreich gestaltet sein. Kurse mit vielen TeilnehmerInnen werden beibehalten und bei weniger gut besuchten Kursen werden gemeinsam mit den TrainerInnen oder regional Verantwortlichen mögliche Gründe diskutiert und Adaptierungen vorgenommen. Ziel ist es einerseits Bewegt im Park nachhaltig zu verankern und andererseits das Kursangebot so attraktiv zu gestalten, dass es von der Bevölkerung noch breiter angenommen wird.



Bewegung und Lernen

*F. S. Linke, P. Pavelka, T. E. Dorner, A. Praschinger, F. Kainberger, G. Karanikas;
Medical University of Vienna, Vienna, Austria.*

Hintergrund

Digitale Geräte sind aus dem studentischen Alltag nicht mehr wegzudenken. Digitale Lernbehelfe finden zunehmend auch Anwendung in medizinischen Curricula. So wurde im Februar 2016 an der MedUni Wien im Rahmen der Lehrveranstaltung „Interdisziplinäre Fallkonferenzen“ als Erweiterung zum Pflichtunterricht ein Podcast [1] mit interdisziplinären klinischen Fallbeispielen als e-Learning-Angebot initiiert. Podcasts können faktisch überall konsumiert werden - nicht nur zu Hause, sondern auch unterwegs oder während sportlicher Aktivitäten. Dadurch kann der Wissensgewinn von einer stationären Tätigkeit zu aktiveren Tätigkeiten verlagert werden. Positive Effekte von Bewegung auf Gedächtnisfunktionen sind belegt. [2, 3]

Beschreibung

Dieses Konzept Bewegung und Lernen soll nun in Form einer Pilotstudie weiterentwickelt werden, um Studierende zu mehr Bewegung im Alltag zu motivieren. Das Basisprojekt der Podcasts wird nach der Aufbauphase entsprechend eines Mehrstufen-Qualitätssicherungsprozesses laufend mit Inhalten befüllt und bildet den Rahmen. Zusätzlich soll nun auch ein Angebot an Bewegungsräumen und -möglichkeiten angeschlossen werden.

Definiert wurden drei Säulen an studentenalltagsfreundlichen Bewegungsangeboten:

- Runners' Patch: kuratierte Laufrouen in der Nähe von Lehrkrankenhäusern bzw. Studierendenwohnheimen. Beim Laufen können Podcasts zu klinischen Fällen gehört werden
- History Snatch: Experteninterviews zu medizinhistorischen Themen. Diese Interviews werden bei Spaziergängen aufgenommen und entsprechend aufbereitet, sodass sie wieder auf den gleichen Routen angehört werden können
- Treasure Catch: virtuelle Schatztruhen an verschiedenen Schauplätzen (Denkmäler, Statuen, Skulpturen etc. zu medizinischen/gesellschaftlichen Themen)

Diese drei Säulen werden auf einem interaktiven Stadtplan Wiens vereint (umgesetzter Prototyp vorhanden) - immer bedenkend, ein Angebot vor, während und nach der Studienzeit zu stellen, um laufend oder gehend einen Ausgleich zu erzielen.

Referenzen

- [1] Interdisziplinäre Fallkonferenzen kompakt. <http://podcasts.meduniwien.ac.at>
- [2] Bugge, A., Tarp, J. et al. (2014). LCoMotion - Learning, Cognition and Motion; a multicomponent cluster randomized school-based intervention aimed at increasing learning and cognition - rationale, design and methods. BMC Public Health, 14, 967.
- [3] Salis, A. S. (2013). Proactive and reactive effects of vigorous exercise on learning and vocabulary comprehension. Perceptual and Motor Skills, 116(3), 918-28. PMS.116.3.918-928.
- [4] Lackinger C, Dorner TE. Achievement of physical activity recommendation and activity levels in students of human medicine compared with the general Austrian population aged between 20 and 29 years. Wien Med Wochenschr 2015 Mar;165(5-6):116-23.

ROUTINE - Förderung von körperlicher Bewegung durch Fitness-Reiseplaner für Alltagsmobilität

J. Jaunig¹, E. Füssl², S. Titze¹;

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

Hintergrund

Regelmäßige körperliche Bewegung hat eine vorbeugende Wirkung auf Zivilisationskrankheiten wie Diabetes mellitus oder Herz-Kreislaufkrankungen und verbessert die Lebensqualität. Aktive Mobilität bietet hierbei eine hervorragende Möglichkeit, gesundheitswirksame Bewegung in den Alltag einzubauen. Die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel (ÖV) ist in der Mehrzahl der Fälle auch mit aktiver Mobilität, wie Zufußgehen und Radfahren, verbunden. Im Zuge der Alltagswege mit den ÖV könn(t)en nennenswerte Anteile der österreichischen Bewegungsempfehlungen abgedeckt werden. Ziel der Studie ist, die erstmalige Untersuchung des Bewegungspotentials durch Alltagswege während der ÖV Nutzung und, darauf aufbauend, die Entwicklung eines „Fitness-Routenplaners“ für Alltagsmobilität. Dieser Routenplaner liefert den NutzerInnen, neben den üblichen Reiseinformationen, gesundheitsrelevante Informationen und Anreize zur aktiven Mobilität auf der jeweiligen Strecke von A nach B. Das Forschungsprojekt ROUTINE wird als FFG Projekt (Nr. 854937) vom Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie (BMVIT) gefördert.

Methode

Zu Beginn werden in Fokusgruppendifkussionen mit ÖV NutzerInnen Erfahrungen bei der Benützung der ÖV gesammelt. Anschließend werden einzelne Bewegungselemente während der ÖV Benützung identifiziert, systematisiert und Daten über die Bewegungsdauer und -intensität einzelner Bewegungselemente (z.B. Treppen vs. Rolltreppe/Lift, Distanzen beim Umsteigen) ermittelt. Dies geschieht im Zuge von Feldtests (n ≈ 30) mit unterschiedlichen Methoden wie: Herzfrequenzmessung, Beschleunigungsmessung, Schrittzähler, Passivkameras und Beobachtungen. Anhand dieser Daten kann eine Typisierung der ÖV Stationen vorgenommen werden. Diese Informationen fließen in die Entwicklung des Fitness-Routenplaners ein. Gezielte Informationen im Routenplaner sollen Anreize bieten, vermehrt aktiv mobil zu sein. Zum Beispiel wird vorgeschlagen, eine Station früher auszusteigen und den restlichen Weg zu Fuß zurückzulegen oder die Stufen anstatt der Rolltreppe zu benutzen. Somit werden erstmals Routingdaten mit Bewegungsdaten (für ÖV Stationen) kombiniert. Mit Hilfe der Schätzung der aktiven Mobilitätsminuten, die auf Alltagswegen erreicht werden können (z.B. Arbeitsweg, d.h. Hin- und Rückweg, 5x/Woche), wird angezeigt, welche gesundheitsfördernden Effekte möglich wären. Basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen wird auf mögliche gesundheitsfördernde Effekte, wie Fitnessgewinn oder Prävention von Zivilisationskrankheiten, hingewiesen. Nach Einbindung dieser Funktionalitäten in den prototypischen Routenplaner wird dieser in einem abschließenden Praxistest mit potentiellen NutzerInnengruppen (n ≈ 10) evaluiert.

Ergebnisse

In der Präsentation werden Studiendesign und erste Ergebnisse aus den Fokusgruppendifkussionen präsentiert sowie die Messmethoden beschrieben.



Parallel Session Ic

Medizinische Versorgung



Umsetzungserfolg auf Ebene der Maßnahmen - Erfahrungen aus der ersten Periode der Zielsteuerung-Gesundheit

H. Ostermann^{1,2}, K. Habimana¹, F. Bachner¹;

¹Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Austria, ²Department für Public Health und HTA, UMIT, Hall in Tirol, Austria.

Hintergrund

Kernstück der österreichischen Gesundheitsreform sind zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung geschlossene Zielsteuerungsverträge, welche neben den vereinbarten Ausgabenobergrenzen auch die wesentlichen operationalen Ziele und zugeordneten Maßnahmen zu den Steuerungsbereichen enthalten. Der erste Bundeszielsteuerungsvertrag wurde für die Jahre 2013 bis 2016 abgeschlossen und beinhaltet ein detailliertes Ziele- und Maßnahmenprogramm, deren maßgebliche Ergebnisse nunmehr vorliegen. Hierbei stellt sich heraus, dass zwar insgesamt ein Fortschritt in der Bearbeitung der Maßnahmen dokumentiert werden konnte, aber auch rund ein Fünftel der Maßnahmen nicht entsprechend umgesetzt werden konnten.

Methode

Ziel der Arbeit ist die Analyse des Umsetzungserfolgs auf Ebene der Einzelmaßnahmen. Die Feststellung des Umsetzungsgrades erfolgt dabei auf Grundlage der den Maßnahmen zugeordneten Zielfristen und der dokumentierten Einschätzung der Umsetzung durch die Zielsteuerungs-Partner. Darüber hinaus werden in die Bewertung der Umsetzung auch allfällige weiterführende Erläuterungen miteinbezogen. Aus inhaltlicher Sicht werden die Maßnahmen in weiterer Folge nach den Kategorien Innovationsgrad, Entscheidungskompetenz im Rahmen der Zielsteuerungspartner sowie Relevanz für die operative Zielerreichung systematisiert. Zudem erfolgt eine Detailanalyse je nach operativer Arbeitsstruktur.

Ergebnisse und Schlussfolgerung

Es kann gezeigt werden, dass insbesondere jene Maßnahmen eine erfolgreiche Umsetzung versprechen, die im Rahmen der eigenen Kompetenzen der Zielsteuerungspartner und hier insbesondere in der Kompetenz eines Partners liegen und nicht einer Abstimmung mit weiteren Akteuren bedürfen. Das Kriterium der Relevanz für die operative Zielerreichung erweist sich ebenso als positiv, da eine enge Koppelung zwischen operativer Zielsetzung und Maßnahme offenbar eine konsequente und fristgerechte Bearbeitung erleichtert. In Hinblick auf den Innovationsgrad der Maßnahmen bleibt der Befund insofern inhomogen, als dass zwar jene Maßnahmen, die geringen Innovationsgrad aufweisen (und ohnehin bereits weitgehend vor Übernahme in den Zielsteuerungsvertrag definiert waren) eine hohe Umsetzungswahrscheinlichkeit aufweisen, bei innovativen Maßnahmen jedoch zwischen einer Gruppe von Maßnahmen mit hohem und einer Gruppe mit niedrigem Umsetzungsgrad unterschieden werden kann. Letzterer Umstand wird auch durch die Beobachtung, dass eine homogene Bearbeitungsstruktur der Maßnahmen innerhalb eines operativen Ziels einen positiven Einfluss auf die Maßnahmenumsetzung hat, nicht aufgewogen. Dies legt die Folgerung nahe, dass neben den systematisch im Rahmen der Analyse beobachteten Kriterien die (politische) Priorisierung einen wesentlichen Einfluss auf das Verhalten der Akteure und damit auch den Umsetzungserfolg der einzelnen Maßnahmen nimmt.

Seltene Tumore in der österreichischen Bevölkerung, 2000-2012

M. Hackl, H. E. Karim-Kos;
Statistik Austria, Wien, Austria.

Hintergrund

Die Belastung der österreichischen Bevölkerung durch seltene Krebserkrankungen wird kaum thematisiert, obwohl in Europa rund 22% der jährlich neu diagnostizierten bösartigen Tumorerkrankungen zu den seltenen Tumoren gezählt werden.

Methoden

Alle bösartigen Neubildungen bei 15- und mehrjährigen Patienten in den Jahren 2000-2012 wurden aus dem Österreichischen Nationalen Krebsregister extrahiert und entsprechend den RARCARE Entitäten klassifiziert. Krebserkrankungen, die eine durchschnittliche rohe Inzidenzrate von jährlich unter 6 je 100.000 Einwohner aufwiesen, werden der Definition von RARECARE folgend, als selten definiert. Relatives Überleben wurde für die Diagnosejahre 2000-2004 und 2005-2009 berechnet, Studienende war der 31.12.2014. Das Referenzdatum für die Berechnung der Prävalenz war der 31.12.2012.

Ergebnisse

Jedes Jahr werden rund 7.000 seltene Krebserkrankungen in der österreichischen Bevölkerung neu diagnostiziert. Das entspricht rund 18% aller neu diagnostizierten bösartigen Tumorerkrankungen. Seltene maligne hämatologische Erkrankungen und bösartige Tumore der Verdauungsorgane sowie der Kopf- und Halsregion sind zusammen für rund 57% aller seltenen Krebserkrankungen verantwortlich. Das relative 5-Jahres-Überleben blieb zwischen 2000 und 2009 stabil bei 53% - von 22% bei den bösartigen Tumoren der Verdauungsorgane bis zu 93% bei den männlichen Genitalorganen. Ende 2012 waren etwa 60.000 Patienten mit einer seltenen Krebserkrankung am Leben. Das entspricht rund 19% der Prävalenz.

Schlussfolgerungen

In Österreich ist nahezu einer von sechs bösartigen Tumoren bei Erwachsenen ein seltener Tumor. Dies entspricht internationalen Ergebnissen. Die Diversität seltener Tumore – es handelt sich um knapp 200 verschiedene Erkrankungen – stellt eine besondere Herausforderung für das Gesundheitswesen dar. Es benötigt daher ein besonderes Bewusstsein der Kliniker und der Politik, um eine Verbesserung der Diagnostik und der Behandlung durch (inter-)nationale Zusammenarbeit und durch Zentralisierung der Versorgung zu erreichen. Seltene Tumore sollten damit nicht nur ein Thema für den Nationalen Aktionsplan für seltene Erkrankungen (NAP.se / 2014-2018) sein, sondern auch für das nationale Krebsrahmenprogramm.



Die Bedeutung psychosozialer Unterstützung für Frauen mit der Diagnose Brustkrebs fokussiert auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen

N. Fuchs, R. Reiche;

Fachhochschule Kärnten, Feldkirchen, Austria.

Eine Reihe internationaler Studien belegt den hohen Stellenwert von psychosozialer Unterstützung von Brustkrebspatientinnen im gesamten Betreuungsprozess. In diesem Beitrag, der auf den Erhebungen im Rahmen der Erstellung einer Masterthesis basiert, wird die zunächst hohe Bedeutung der psychosozialen Unterstützung von Frauen mit Brustkrebs erläutert. Diese sollte sich stets an den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen orientieren. Angesichts der Häufigkeit der Erkrankung und den oftmals massiven Auswirkungen kommt dem Thema eine hohe gesundheitswissenschaftliche Bedeutung zu. Der Fokus liegt auf der Analyse des breiten Angebotsspektrums von speziellen Maßnahmen, welches von GesundheitsexpertInnen, aber auch vom privaten und sozialen Netzwerk der Betroffenen angeboten wird. Das Ziel der Untersuchung war, die subjektive Wahrnehmung der psychosozialen Unterstützung von Brustkrebspatientinnen in Österreich zu erheben, da diese Form der Unterstützung einen großen Einfluss auf den Krankheitsprozess und das Erleben der Betroffenen hat. Dabei erfolgte auch ein Ländervergleich zwischen Finnland und Österreich.

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine umfassende Literaturrecherche mit Fokus auf Aspekten der psychosozialen Unterstützung in den beiden Ländern durchgeführt. Zusätzlich erfolgte eine Untersuchung von 206 Brustkrebspatientinnen in Österreich unter Verwendung des standardisierten Fragebogens „Skalen zur Sozialen Unterstützung bei Krankheit (SSUK)“ von Ramm & Hasenbring (2003).

Die Untersuchung ergab, dass Frauen mit Brustkrebs in Österreich häufig positive (wie Hilfe in Krisen) und nur sehr selten problematische Unterstützung (wie Unverständnis) von Personen, die ihnen nahe stehen, erhalten. Diese Ergebnisse stehen im Gegensatz zu denen der Studie von Müller, Mehnert & Koch (2004), bei der die betroffenen Frauen angaben, weniger positive und mehr problematische Unterstützung erfahren zu haben. Um diese subjektive Wahrnehmung der Unterstützung der Betroffenen zu steigern, wurden Empfehlungen für die psychosoziale Betreuung von österreichischen Brustkrebspatientinnen ausgearbeitet, welche anschließend anhand von drei Fachgesprächen mit Expertinnen aus dem österreichischen Gesundheitswesen bewertet wurden.

Bei den Brustkrebspatientinnen besteht ein hoher Bedarf an Angeboten von psychosozialer Unterstützung sowohl durch GesundheitsexpertInnen als auch von Seiten sozialer und privater Netzwerke. Diese Reihe von Empfehlungen der genannten Unterstützungsgruppen sollte für alle Betroffenen jederzeit und an jedem Ort zugänglich sein. Einerseits um deren subjektive Wahrnehmung hinsichtlich psychosozialer Unterstützung dauerhaft aufrecht zu erhalten, aber auch um diese noch zu steigern und das Ziel einer patientenorientierten Pflege zu erreichen.

Übersetzung des „Survivor Unmet Needs Survey“ (SUNS) zur Erhebung bestehender Bedürfnisse von Cancer Survivors im deutschsprachigen Raum

S. M. Mayrhofer, H. Mayer;

Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, Austria.

Hintergrund und Zielsetzung

Maligne Tumorerkrankungen stellen die zweithäufigste Todesursache in Österreich dar. Auf Grund von Fortschritten in den Behandlungsmethoden, weiterentwickelten Therapieansätzen und früheren Diagnosestellungen ist in den letzten Jahren jedoch ein Rückgang der Mortalitätsrate sowie eine zunehmende Zahl an onkologischen Langzeitüberlebenden, sogenannten Cancer Survivors, zu verzeichnen (Campbell et al., 2011). In diesem Zusammenhang nehmen onkologische Erkrankungen vielfach einen chronischen Charakter an, welcher oftmals von einer Vielzahl weitreichender Langzeitfolgen und Spätkomplikationen begleitet wird (Mehnert, 2014). So können onkologische PatientInnen noch lange nach Therapieende mit schwerwiegenden Belastungen konfrontiert sein und eine Reihe an Bedürfnissen aufweisen, die vielfach jedoch unerkannt und dementsprechend unerfüllt bleiben (Harrison et al., 2009). Als zentrale Voraussetzung für eine adäquate Versorgung von Cancer Survivors und die Entwicklung entsprechender Unterstützungsangebote gilt die gezielte Erfassung ihrer Bedürfnisse. Hier zeigt sich jedoch ein klarer Mangel an geeigneten Erhebungsinstrumenten. Primäres Ziel war es, dem dargestellten Mangel an Erhebungsverfahren entgegenzutreten, indem ein entsprechendes Instrument für die Bedürfniserhebung bei Cancer Survivors im deutschsprachigen Raum erarbeitet wird.

Methodik

Im Rahmen eines mehrstufigen Übersetzungsprozesses wurde eine Übersetzung des englischsprachigen Survivor Unmet Needs Survey (SUNS) angefertigt. Dazu wurden die strukturierten Übersetzungsrichtlinien nach ISPOR (Wild et al., 2005) herangezogen und diese zur Gewährleistung möglichst hoher inhaltlicher Validität adaptiert, in dem das Instrument zusätzlich einem umfassenden Cognitive Debriefing mit FachexpertInnen sowie der Begutachtung von Cancer Survivors unterzogen wurde. Im Anschluss an die Fertigstellung wurde das Instrument einem ersten Pretest (n=10) mit Cancer Survivors aus dem deutschsprachigen Raum unterzogen.

Ergebnisse

Zentrales Ergebnis dieser Arbeit ist mit dem Survivor Unmet Needs Survey - German (SUNS-G) ein deutschsprachiges Instrument zur Erhebung der unerfüllten Bedürfnisse erwachsener Cancer Survivors. Die Ergebnisse des Pretests spiegeln insgesamt gute Anwendbarkeit des Instruments wieder, hinsichtlich der Verständlichkeit hat sich Verbesserungspotential gezeigt. Neben diesen Ergebnissen konnten auf Basis der ExpertInnenmeinungen zentrale Empfehlungen für eine weiterführende Verbesserung und Adaptierung des Instruments ausgearbeitet und gezeigt werden.

Schlussfolgerung und Ausblick

Inhalt zukünftiger Forschungsarbeiten sollte ebenso neben einer umfassenden Prävalenzerhebung der unerfüllten Bedürfnisse bei Cancer Survivors im deutschsprachigen Raum die Entwicklung entsprechender evidenzbasierter Interventionen sein. Das erarbeitete Instrument SUNS-G stellt dazu eine wesentliche Grundlage dar.



Direkte und indirekte Kosten für Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen in Österreich

J. Spickschen^{1,2}, S. Mayer², T. Dorner¹;

¹Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health, Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin, Vienna, Austria,

²Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health, Abteilung für Gesundheitsökonomie, Vienna, Austria.

Hintergrund

Chronische Schmerzen zählen zu den gesundheitlichen Zuständen mit höchstem Leidensdruck, was sich multifaktoriell auf die Betroffenen und ihr Umfeld auswirkt. Etwa 21% der Österreicherinnen und Österreicher leiden an einer Form von chronischem Schmerz. Nichtsdestotrotz ist die Studienlage bezüglich der Krankheitskosten chronischer Schmerzen in Österreich dünn. Internationale Studien zeigen, dass sowohl die Prävalenz, als auch die Krankheitskosten chronischer Schmerzen von Land zu Land stark variieren. Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich diese Arbeit mit der Frage nach den direkten und indirekten jährlichen Gesamtkosten pro Person mit chronischen Schmerzen in Österreich.

Methoden

Es wurden für diese prospektive Fragebogenstudie an drei verschiedenen Wiener Schmerzzambulanzen von 2012 bis 2014 von 121 Personen Primärdaten gesammelt. Anschließend wurden über 12 Monate schmerzbezogene Kostendaten mit Hilfe von Kostentagebüchern erhoben, wodurch Daten von 54 PatientInnen gesammelt werden konnten. Inkludiert wurden direkte Kosten durch Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, out-of-pocket-Kosten, indirekte Kosten durch schmerzbedingten Produktivitätsverlust und informelle Pflege. Die Kosten für direkten Ressourcenverbrauch wurden, wenn vorhanden, offiziellen Kostenverzeichnissen für Wien entnommen und mit Kostenschätzungen für nicht bekannte Werte kombiniert. Die indirekten Kosten wurden auf Basis des Humankapital-Ansatzes berechnet.

Ergebnisse

Die mittleren Kosten betrugen jährlich 11.690€ pro Person, wobei direkte Kosten mit 5.658€ 48,4% und indirekten Kosten mit 6.031€ 51,6% ausmachten. Produktivitätsverluste stellten mit 4.350€ (37,2%) pro Person den größten Kostenpunkt dar, gefolgt von out-of-pocket-Kosten mit 1.733€ (14,3%) und informeller Pflege mit 1.681€ (14,4%) pro Person. Außerdem entstanden pro Person Kosten durch Krankenhaus-/Rehabilitationsaufenthalte (1.436€/12,3%), Schmerzmedikation (1.092€/9,3%), Therapeuten-/Arzt-/Ambulanzbesuche (548€/7,3%) und diagnostische Maßnahmen (548€/4,7%). Besonders hoch waren die jährlichen Kosten bei Personen, die ≥ 6 Schmerzstellen angaben mit 18.379€ im Vergleich zu Personen, die ≤ 5 Schmerzstellen angaben mit 8.616€. Personen im Alter zwischen 30 und 50 Jahren verursachten mit 12.489€ im Jahr höhere Kosten als Personen zwischen 51 und 64 Jahren mit 11.013€.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die Kosten chronischer Schmerzen in Österreich verglichen mit ähnlichen (älteren) internationalen Studien relativ hoch waren. Es konnte außerdem gezeigt werden, dass indirekte Kosten durch Produktivitätsverluste den größten Anteil der Jahreskosten ausmachten besonders bei jüngeren Personen. Durch die hohen out-of-pocket-Kosten kommt es auch zu hoher individueller finanzieller Belastung der Betroffenen.

Eigenschaften der Methoden zur Erhebung unangemessener Nutzung von CT und MRT im Muskel-Skelett-System: Systematische Übersichtsarbeit

R. Emprechtinger, S. Fischer, C. Wild;
Ludwig Boltzmann Institut für HTA, Wien, Austria.

Hintergrund

Der unangemessene Einsatz diagnostischer Verfahren verursacht nicht nur unnötige Kosten für das Gesundheitssystem, sondern führt auch zu Risiken und Belastungen für die PatientInnen. Am häufigsten ist psychischer Stress durch Unsicherheit oder falsch positive Befunde. Durch letztere kommen außerdem weiterführende, zum Teil invasive, Untersuchungen hinzu, welche wiederum ein Gesundheitsrisiko darstellen können. Eine weitere Folge sind Überdiagnosen und die damit verbundenen unnötigen Behandlungen. Methoden zur Feststellung unangemessener Versorgung wurde bisher hauptsächlich in Verbindung mit Krebs systematisch aufbereitet. Deshalb haben wir mittels einer systematischen Übersichtsarbeit Methoden zur Abschätzung unangemessener Nutzung von CT und MRT im Muskel-Skelett-System erhoben.

Fragestellung

Welche Methoden kommen in der internationalen Forschung zur Erhebung unangemessener Verwendung von CT oder MRT im Muskel-Skelett-System zur Anwendung und was sind deren Vor- und Nachteile?

Methode: Zur Identifikation relevanter Literatur wurde eine systematische Literatursuche durchgeführt. Wir schlossen Studien deutscher oder englischer Sprache ein, die unangemessene Nutzung von MRT oder CT im Muskel-Skelettsystem erhoben. In einem mehrstufigen Prozess wurden die Methoden beschrieben und anschließend kategorisiert. Anschließend erfolgte eine Bewertung der Methoden hinsichtlich benötigter Daten, Übertragbarkeit der Ergebnisse in die Praxis und Biasrisiko.

Ergebnisse

Insgesamt entsprachen 47 Studien den Einschlusskriterien. Die Kategorisierung der Methoden zur Erhebung unangemessener Nutzung von CT oder MRT im Muskel-Skelett-System resultierte in 7 verschiedenen Verfahren. (1) Verfügbarkeit diagnostischer Information; (2) Prädiktoren in Verbindung mit Nutzung von MRT und CT; (3) Vergleich mit Leitlinienempfehlungen; (4) Experteneinschätzung; (5) Vergleich oder Analysen von Patientenpfaden; (6) Vergleich mit Operationsergebnissen und (7) regionale Variation der Versorgung.

Diskussion

Keine der identifizierten Methoden ist in der Lage, unangemessene Nutzung von CT oder MRT zweifelsfrei nachzuweisen. Die von uns beschriebenen Methoden können lediglich das Ausmaß an unangemessener Nutzung abschätzen und weisen unterschiedliche Vor- und Nachteile auf. Dementsprechend schlagen wir zur Erhebung unangemessener Versorgung eine Kombination aus unterschiedlichen Verfahren vor. Dies soll dazu dienen Nachteile einzelner Methoden zu reduzieren und verlässlichere Aussagen zu gewinnen.



Parallel Session IIa

Versorgungsforschung



Neue Primärversorgung - neue Chancen für Gesundheitsförderung?

D. Rojatz, P. Nowak;

Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Austria.

Hintergrund

Die Re-orientierung der Gesundheitsdienste in Richtung Gesundheitsförderung wird seit 30 Jahren angestrebt. Ein Bereich der in Österreich für Gesundheitsförderung erst entdeckt wird, ist die Primärversorgung. Der häufige und wiederkehrende Kontakt mit Patient/inn/en im niedergelassenen Bereich bietet gute Chancen für Gesundheitsförderung. Das neue Primärversorgungskonzept führt Gesundheitsförderung als einen Aufgabenbereich an. Daher gilt es zu klären, was Gesundheitsförderung in der Primärversorgung bedeuten kann.

Unser Beitrag hat zum Ziel, existierende Gesundheitsförderungsinterventionen in der Primärversorgung zu identifizieren, erforderliche Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderungsinterventionen abzuleiten und Empfehlungen, wie Gesundheitsförderung im Setting Primärversorgung gestärkt werden kann, zu diskutieren.

Methode

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

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

Ergebnisse

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

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

Schlussfolgerungen

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

10 Jahre „Vorsorgeuntersuchung Call/Recall System“ (VU CRS)

G. Brunner, A. Huber, N. Ulreich;

Wiener Gebietskrankenkasse, Wien, Austria.

Das „Vorsorgeuntersuchung Call/Recall System“ (VU CRS) wurde Jahr 2007 in Betrieb genommen, damit Personen, welche die definierten Risikofaktoren erfüllen und somit von der Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung besonders profitieren können, identifiziert und anschließend mittels einer zielgruppenadäquaten Ansprache zur Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung eingeladen werden können. Mit der Etablierung einer kostenlosen Serviceline und der Überarbeitung des Corporate Design der Vorsorgeuntersuchung wurde eine professionelle Basis für die Optimierung der Kommunikation mit der Zielgruppe geschaffen.

Das Kampagnen- und Servicelinemanagement, die Erstellung der Zielgruppendefinitionen und -selektionen, die anschließende Umsetzung der Einladungskampagnen im April und Oktober jedes Jahres, der Roll Out von zusätzlichen Kommunikationskanälen sowie die Evaluierung wird durch ein institutionenübergreifendes, interdisziplinäres Team mit Experten der Wiener-, Oberösterreichischen-, Niederösterreichischen-, Kärntner- und Steiermärkischen Gebietskrankenkasse mit Unterstützung durch das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention gewährleistet. Bis dato sind 564.000 Versicherte, welche einer Risikogruppe angehören, einer Einladung im Zuge der bisher durchgeführten 20 Kampagnen gefolgt und haben eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen. Die durchschnittliche Responserate liegt derzeit bei 9 Prozent. Mittels Erinnerungsschreiben kann der Response einer Kampagne um durchschnittlich 1,5 Prozent gesteigert werden.

Auf Basis der quantitativen Responsewerte und Statistiken der Serviceline sowie der ausgewerteten Fragebögen und Fokusgruppen werden regelmäßig neue Maßnahmen und Services mittels Pilotprojekten getestet und anschließend evaluiert. Der Schwerpunkt liegt derzeit auf der Implementierung von regionalen und überregionalen Kooperationen mit Projektpartnern, welche mit jenen Zielgruppen in direktem Kontakt stehen, welche aufgrund kultureller und sozioökonomischer Barrieren nur unzureichend mittels schriftlichen Einladungen erreicht werden können. So können der Zielgruppe Informationen über die Vorsorgeuntersuchung auf einer niedrigschwelligen und aufsuchenden Basis vermittelt werden. Die Outcomes aus 10 Jahren VU CRS Betrieb werden derzeit aufbereitet und sollen im Rahmen der Wissenschaftlichen Tagung am 11./12. Mai 2017 in Eisenstadt veröffentlicht werden.



Zusammenhang zwischen Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich und Gesundheitszustand der Bevölkerung

V. Mayr¹, T. E. Dorner²;

¹Medical University of Vienna, Vienna, Austria, ²Institute of Social Medicine, Centre for Public Health, Medical University of Vienna, Vienna, Austria.

Hintergrund

Eine effiziente, gerechte und zufriedenstellende Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung eines Landes zu evaluieren und sicherzustellen steht im Fokus der Versorgungsforschung und Bedarfsplanung. Ziel ist es, für alle Regionen und Bevölkerungsgruppen den medizinischen Versorgungsbedarf unter Vermeidung von Unter- genauso wie Überversorgung optimal zu decken. Die Frage, inwieweit die Dichte an niedergelassenen ÄrztInnen in Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand der Bevölkerung steht, wurde in dieser Arbeit für Österreich untersucht.

Methode

Als Grundlage für die Analysen dienten öffentlich zugängliche Daten verschiedener Quellen, unter anderem aktuelle Daten der Statistik Austria, der Österreichischen Ärztekammer und der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014. Die aggregierten Daten wurden auf Bezirksebene analysiert. Als Outcomevariable wurde die Gesamtmortalität pro 100.000 Einwohner im Jahr 2015 definiert und als erklärende die Dichte an niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen, FachärztInnen sowie als Kovariablen soziale Faktoren und Lebensstilparameter. Es kamen bivariate Korrelationsanalysen nach Spearman und lineare Regressionsanalysen zum Einsatz.

Ergebnisse

Die Mortalität betrug im Median 922,74 Todesfälle pro 100.000 Einwohner im Jahr 2015 mit einer Spannweite von 310,53 bis 1327,82. Die Dichte an ÄrztInnen lag bei einem Median von 1,79 pro 1.000 Einwohner mit einer Spannweite von 0,94 bis 27,24. Die bivariaten Korrelationsanalysen zeigten keine signifikante Korrelation ($P < 0,05$, Regressionskoeffizient in Klammer) zwischen Mortalität und der Dichte an AllgemeinmedizinerInnen, aber eine negative Korrelation zwischen Mortalität und der Dichte an FachärztInnen (-0,27). Weiters bestand eine signifikante Korrelation zwischen Mortalität und folgenden Parametern: Durchschnittsalter (0,84), Hypertonieprävalenz (0,61), Diabetesprävalenz (0,40), MigrantenInnenanteil (0,44), Adipositasprävalenz (0,38), Gemüsekonsum (-0,37), Anteil an höher Gebildeten (0,33) und dem Anteil an RaucherInnen (0,20). In den multivariaten linearen Regressionsanalysen konnte eine signifikante Assoziation ($P < 0,05$, standardisiertes Beta in Klammer) zwischen Gesamtmortalität und folgenden Parametern gezeigt werden: Durchschnittsalter (9,63) und Anteil an höher Gebildeten (-2,08).

Schlussfolgerungen

Mortalität und ÄrztInnendichte sind in den österreichischen Bezirken sehr unterschiedlich ausgeprägt. Die Versorgungsdichte im niedergelassenen Bereich steht mit der Mortalität als Indikator für den Gesundheitszustand einer Region jedoch nur schwach (FachärztInnen) oder gar nicht (AllgemeinmedizinerInnen) in Verbindung. Allerdings ist die Mortalität in den einzelnen Bezirken deutlich von vielen Gesundheits- und Lebensstilfaktoren sowie sozialen Faktoren abhängig.

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

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

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

Hintergrund

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

Methode

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

Ergebnisse

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

Schlussfolgerungen

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



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

E. Reindl;

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

Hintergrund

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

Methodik

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

Ergebnisse

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

Schlussfolgerungen

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

Motive von NotfallambulanzpatientInnen

H. Stummer¹, M. Raich¹, N. Lorenzoni¹, E. Nöhammer¹, S. Angerer¹, C. Rissbacher², F. Hartig³, H. Tilg³;

¹Institut für Management und Ökonomie im Gesundheitswesen, Hall in Tirol, Austria, ²Tiroler Gesundheitsfonds, Innsbruck, Austria, ³tirolkliniken, Innsbruck, Austria.

Hintergrund

In Österreich wird seit langem die Entlastung von Notfallambulanzen diskutiert. Triage-Erhebungen in mehreren Bundesländern zeigen, dass ein großer Anteil an PatientInnen nicht als medizinischer Notfall gilt und damit ökonomisch wie organisational das Gesundheitssystem und die jeweilige Krankenanstalt belastet. Welche Motive weisen diese PatientInnen jedoch auf, um den Erstkontakt in einer Notfallambulanz zu suchen? Ziel dieser Studie ist es, am Beispiel einer Notfallambulanz die Motivstrukturen von PatientInnen im Rahmen ihres Besuches zu analysieren.

Methoden

Ein aus nationalen Studien über Patientenmotive im Allgemeinen und internationalen Untersuchungen über Patientenmotive spezifisch in Notfallambulanzen entwickelter Fragebogen wurde vom 27. März bis 2. April 2017 im Warteraum der Notfallambulanz Innsbruck von InterviewerInnen ausgegeben. Neben Motivabfragen enthält der Fragebogen auch soziodemographische Variablen über Alter, Geschlecht, Berufstätigkeit, Einkommen und Muttersprache.

Ergebnisse

Die Ergebnisse, die final erst einige Tage nach der Einreichfrist für den vorliegenden Abstract vorliegen werden, zeigen Einzelmotive und Motivbündel unterschieden nach soziodemographischen Gruppen.

Schlussfolgerungen

Das Kennen der Motive für den Besuch von Notfallambulanzen ermöglicht die Analyse einiger Funktionalitäten und Dysfunktionalitäten in der Steuerung von Patientenströmen im österreichischen Gesundheitswesen. Aus den Ergebnissen können gezielte Strukturempfehlungen zur Entlastung der Notfallambulanzen und zur Förderung von Primärversorgungseinrichtungen in Nicht-Notfallsituationen abgeleitet werden.



Parallel Session IIc

Kinder & Jugendliche



Steigerung der Funktionsfähigkeit zerebralparetischer Kinder durch home-basiertes Krafttraining

A. Kruse¹, C. Schranz², M. Svehlik², M. Tilp¹;

¹Institut für Sportwissenschaft, Karl-Franzens-Universität Graz, Graz, Austria, ²Klinische Abteilung für Kinderorthopädie, Medizinische Universität Graz, Graz, Austria.

Hintergrund

Infantile Zerebralparese ist eine weitverbreitete neuromuskuläre Störung bei Kindern, die über Veränderungen des Muskel-Skelett-Systems zu einer verminderten Kraftgenerierungsfähigkeit und Muskelschwäche führt. Diese Faktoren erschweren das Ausführen alltäglicher Bewegungen und verringern die Motivation der PatientInnen, sich zu bewegen. Folglich ist es notwendig, ihre Funktionsfähigkeit durch geeignete, in den Alltag integrierbare Methoden, zu fördern, um langfristig den Gesundheitszustand und die Lebensqualität dieser Kinder zu erhöhen. Ziel dieser Studie ist es, die Effekte eines zu Hause durchgeführten Krafttrainings auf die Maximalkraftfähigkeit sowie die funktionale Kapazität der Kinder zu untersuchen.

Methoden

Zehn Kinder mit spastischer Zerebralparese nahmen an einem 8-wöchigen progressiv gesteigerten Krafttraining teil. Das Training wurde 3-Mal die Woche zu Hause durchgeführt und beinhaltete 5 funktionelle Übungen. Die isometrische Maximalkraft der Wadenmuskulatur wurde mittels Dynamometrie und die funktionelle Belastungsfähigkeit der Kinder mithilfe des 6-Minuten-Gehtests (6MWT) sowie des Energy Expenditure Indexes (EEI) ermittelt. Weiterhin wurden der Timed up and Go Test (TUG) und Timed Stairs Test durchgeführt. Die persönliche Einschätzung ihrer Leistungsfähigkeit wurde mit der Activity scale for kids (ASKp) erfasst. Trainingshäufigkeit und Belastungsparameter wurden mit Tagebüchern aufgezeichnet. Die statistische Auswertung erfolgte mittels nichtparametrischer Tests (Friedmann Test, Wilcoxon-Rang-Test).

Ergebnisse

Insgesamt wurden 87% aller Trainingseinheiten absolviert. Das Trainingsprogramm hatte keine Auswirkung auf die isometrische Maximalkraft und den 6MWT ($p > 0.05$). Bei annähernd gleichbleibender Geschwindigkeit (84,9 und 85,7m/min), war der EEI leicht, aber nicht signifikant reduziert (-0,10 Schläge/min). Signifikant schneller (-1,9s) absolvierten die Kinder den Timed Stairs Test. Sie verbesserten sich auch im TUG, wobei dieses Ergebnis keine statistische Signifikanz erreichte ($p = 0.09$). Die funktionellen Verbesserungen spiegeln sich auch in der persönlichen Einschätzung der Leistungsfähigkeit wider (Anstieg des ASKp-Scores um 4,5%, $p = 0.05$).

Schlussfolgerungen

Das funktionelle Krafttraining führte zu keiner Veränderung der Maximalkraft, wirkte sich jedoch positiv auf die funktionelle Kapazität und wahrgenommene Leistungsfähigkeit der zerebralparetischen Kinder aus. Wir nehmen an, dass der gewählte Interventionszeitraum zu kurz war, um stärkere Effekte hervorzurufen. Auch die geringe Anzahl und die hohe psycho-physische Variabilität der Kinder beeinflussten die Ergebnisse. Die erreichten Veränderungen lassen jedoch darauf schließen, dass das angewandte Krafttraining Potential hat, die körperliche Funktionsfähigkeit zerebralparetischer Kinder zu erhöhen.

Kultursensibler Zugang bei der Umsetzung von Ernährungsworkshops im Rahmen von „Richtig essen von Anfang an! Steiermark“

J. Schnabel¹, J. Briesner¹, U. Sundaresan²;

¹Steiermärkische Gebietskrankenkasse, Graz, Austria, ²Verein OMEGA, Graz, Austria.

Hintergrund

„Richtig essen von Anfang an!“ ist ein nationales Programm, das 2008 vom Bundesministerium für Gesundheit, der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH sowie dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entwickelt wurde. Seit 2009 bietet die Steiermärkische Gebietskrankenkasse (STGKK) in Zusammenarbeit mit „Richtig essen von Anfang an!“ Ernährungsworkshops für die Schwangerschaft an. Das kostenlose Workshopangebot reicht von der Phase der Schwangerschaft über Stillzeit, Ernährung im ersten Lebensjahr sowie von ein bis drei Jahren. Die Evaluierung der ersten Workshop-Phase verdeutlichte, dass nur wenige Familien mit Migrationshintergrund erreicht werden. Neben den Zugangsbarrieren sind weitere Herausforderungen bekannt, wie: Sprachbarrieren, Erfordernis eines kulturspezifischen Zugangs, Gruppe der MigrantInnen ist heterogen und muss differenziert betrachtet werden, »mitgebrachte« Orientierungen, die auf die hiesige Kultur übertragen werden, Informationsdefizite über Prophylaxe Möglichkeiten, Wandel der Lebensgewohnheiten ohne Wissen um deren gesundheitsschädigende Wirkung, etc (KIGGS-Studie, 2008).

Beschreibung des Projekts

Als Weg zum Ziel wurde von der STGKK der MultiplikatorInnen-Ansatz gewählt. Mit dem Verein OMEGA - „Transkulturelles Zentrum für psychische und physische Gesundheit und Integration“ konnte ein kompetenter Partner zur Umsetzung des Vorhabens gewählt werden, mit dem die STGKK seit 2013 zusammenarbeitet und den Ansatz zur Erreichung der Zielgruppe weiterentwickelt hat.

Evaluationsergebnisse

32 interessierte und bereits sensibilisierte Migrantinnen aus unterschiedlichsten Kulturkreisen wurden zu Multiplikatoren ausgebildet, die die Ernährungsinformationen in ihren Communities weitergeben, die speziellen Workshops bewerben und organisieren, sowie als Sprachrohr im Treffen vermitteln - abgehalten wird der Kurs von einer Ernährungsexpertin (Richtig essen von Anfang an! Trainerin).

Von 2013-2016 konnten 58 Workshops gemeinsam umgesetzt werden und 277 TeilnehmerInnen erreicht werden. Hinsichtlich der Evaluierung wird die Zufriedenheit der TeilnehmerInnen abgefragt sowie soziodemografische Variablen erhoben.

Empfehlungen

Regelmäßige Reflexionstreffen mit den Verantwortlichen verdeutlichen Erfolgs- und Stolpersteine. Erfolgsversprechend sind die langjährige Erfahrung des Vereins OMEGA der eine lange Vorlaufzeit zum Vertrauensaufbau mit dem Multiplikatorinnenpool geleistet hat. Die Workshops sind nach Kulturkreisen homogen gestaltet, darüber hinaus ist der Pool der durchführenden Ernährungsexpertinnen klein gehalten. Essentiell ist ein kulturspezifischer Zugang zur Zielgruppe und zum Thema. Final kann festgehalten werden, dass Zusammenarbeit für alle Seiten eine große Bereicherung darstellt.



Die Struktur des Versorgungssystems für Kinder und Jugendliche in Niederösterreich: Ergebnisse einer Netzwerkanalyse im Rahmen des NÖ Kinder- und Jugendplans zur psychosozialen und sozialpädiatrischen Versorgung

D. Klicpera¹, R. Fliedl², U. Mayr³, E. Tatzer¹;

¹NÖGUS, St. Pölten, Austria, ²Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie, Hinterbrühl, Austria,

³Amt der NÖ Landesregierung, St. Pölten, Austria.

In Niederösterreich leben etwa 300 000 Kinder und Jugendliche. Jede/r Vierte braucht aufgrund von psychosozialen oder sozialpädiatrischen Problemen Unterstützung unterschiedlicher Art und Intensität. Wird das Versorgungssystem zur Unterstützung aktiviert sind meist mehrere Dienstleister an der Versorgung beteiligt. Damit wird die Qualität der Zusammenarbeit zu einem entscheidenden Faktor der Qualität der Versorgung.

Aber nicht nur die Zusammenarbeit zwischen den Dienstleistern bestimmt die Qualität der Versorgung. Ebenso wichtig ist, dass Kinder und Jugendliche überhaupt bei der richtigen Versorgung landen, dass Übergänge nicht zu Fallgruben, sondern zu Brücken werden. Dafür müssen die Wege durch das System in geordneten Bahnen laufen.

Eine Netzwerkanalyse des niederösterreichischen Versorgungssystems ermöglicht erstmals Einblicke in die Struktur der Zusammenarbeit der Dienstleister und die Bahnen der Kinder/Jugendlichen durch das Versorgungssystem. Die Netzwerkanalyse wurde im Rahmen des NÖ Kinder- und Jugendplans zur psychosozialen und sozialpädiatrischen Versorgung durchgeführt. Als Datengrundlage dienten hauptsächlich vier schriftliche Online-Erhebungen in den Jahren 2014 und 2015, die an insgesamt 2324 Dienstleister verschickt wurden.

Wir fragten sämtliche Dienstleister, welche anderen Dienstleister ihnen ihre KlientInnen weitervermittelt hatten, und mit welchen Dienstleistern sie während der Behandlung der KlientInnen kooperierten. Wir haben also nach den Wegweisern und den Kooperationspartnern gefragt. Die Aussagen ergeben zwei Netzwerke, die das Versorgungssystem Niederösterreichs aufspannen: das Kooperationsnetzwerk und das Wegweiser-Netzwerk. Die Analyse der Netzwerke ergab drei zentrale Befunde:

1. Es bestehen vier Netzwerk-Cluster mit häufiger Weitervermittlung von Kindern und Jugendlichen und Kooperationen innerhalb des jeweiligen Clusters sowie mit geringerer Weitervermittlung an und Kooperationen mit Versorgern außerhalb des Clusters.
2. Es besteht ein dichtes Kooperationsnetzwerk mit Kooperation auch über die Netzwerk-Cluster hinweg. Das Ausmaß an Kooperationen über den eigenen Cluster hinweg ist allerdings unterschiedlich hoch, der jeweilige Cluster also unterschiedlich stark in sich geschlossen.
3. Das Wegweiser-Netzwerk ist stark zentralisiert, einige wenige Wegweiser vermitteln die meisten Kinder und Jugendlichen.

Jedoch bestehen große Unterschiede im Ausmaß der Zentralisierung der Netzwerk-Cluster. Im Vortrag werden die Ergebnisse für die einzelnen Cluster differenziert dargestellt und Empfehlungen aufgezeigt, die die Funktionalität des Versorgungsnetzwerkes erhöhen können.

U-Tour: Projekt zur Förderung der Netzwerkbildung zwischen Sportvereinen und Schulen

C. Mogg, F. Mairinger, N. Zillmann;

Universität Wien, Institut für Sportwissenschaft, Wien, Austria.

Hintergrund

Die SPORTUNION Österreich unterstützt ihre Vereine seit Jahren im Ausbau von Angeboten für Kinder und Jugendliche, unter anderem durch die intensive Förderung von Kooperationen zwischen Schulen und Vereinen. Dennoch verzeichnen Sportvereine primär in der Zielgruppe der 12-18-Jährigen hohe Dropout-Raten. Gefördert durch den Bundessportförderungsfonds wird von der SPORTUNION Österreich seit 2016 das mehrjährige Projekt U-Tour umgesetzt.

Projektbeschreibung

Das Projekt U-Tour fokussiert die regionale Entwicklung von Kooperationen zwischen Schulen und Vereinen (Sekundarstufe I & II). In jedem Bundesland sollen in fünf ausgewählten Projektregionen langfristig Netzwerke zwischen Vereinen und Schulen aufgebaut werden, um Jugendliche positiv hinsichtlich einer bewegungsorientierten Freizeitgestaltung zu beeinflussen. Dazu werden Vereinsangebote der Region zunächst im Rahmen eines Sporttages mit Mitmachstationen an den Schulen vorgestellt, vertiefend können diese Angebote zudem im Rahmen von Schnupperstunden ausprobiert werden. Darüber hinaus werden Qualifikationsmaßnahmen für VereinsvertreterInnen finanziert.

Evaluation

In der projektbegleitenden externen Evaluation kommen quantitative und qualitative Verfahren zum Einsatz. Bis dato wurden Personen, die eine durch das Projekt geförderte Ausbildung zum/zur ÜbungsleiterIn absolvierten, online befragt (n = 48), genauso wie die beteiligten Vereine (n = 145) und Schulen (n = 56). Zusätzlich fanden zwei Fokusgruppengespräche mit Lehrkräften und VereinsvertreterInnen einer ausgewählten Region sowie mit SPORTUNION-Projektverantwortlichen statt. Für 2017 ist ein weiteres Fokusgruppengespräch mit den Projektbeteiligten einer weiteren Region geplant.

Ergebnisse der Evaluation

Die Ergebnisse der quantitativen Online-Befragung zeigen, dass die Ausbildung als geeignete und nützliche Möglichkeit wahrgenommen wird, um als ÜbungsleiterIn im Verein aktiv zu werden. Die Fokusgruppengespräche lassen eine hohe Zufriedenheit der Beteiligten mit dem bisherigen Projektverlauf erkennen. Die TeilnehmerInnen berichten von begeisterten SchülerInnen und gelungener Präsentation der Vereinsaktivitäten. Im Sinne der Nachhaltigkeit der Angebote kam es stellenweise zu Neugründungen von Trendsportvereinen im Zuge von U-Tour. Der regionale Aufbau der Netzwerkstrukturen zwischen Vereinen und Schulen hat bedingt durch die vorangehende Auswahl der Regionen und Projektpartner anfangs mehr Zeit in Anspruch genommen als erwartet. Zudem gestaltete es sich stellenweise schwierig, die geplanten Projektaktivitäten in den laufenden Schulbetrieb einzubinden, weswegen in vielen Regionen im Jahr 2016 noch nicht alle verfügbaren Angebote genutzt werden konnten. Insgesamt blicken alle Beteiligten optimistisch auf das Projektjahr 2017, der Großteil der 2016 etablierten Kooperationen soll auch 2017 fortgeführt werden.



GAAS - Projekt zur Förderung der Gesundheitskompetenzen von Jugendlichen, die sich nicht in Ausbildung, Arbeit oder Schulung befinden

E. Höld¹, P. Rust²;

¹Fachhochschule St. Pölten, Institut für Gesundheitswissenschaften, Studiengang Diätologie, 3100, Austria, ²Universität Wien, Department für Ernährungswissenschaften, Wien, Austria.

Hintergrund

Jugendliche im NEET-Status (=not in education, employment or training) zählen häufig zu sozial benachteiligten und/oder bildungsfernen Bevölkerungsgruppen und sind vermehrt von sozialer Ausgrenzung sowie gesundheitlicher Chancenungleichheit betroffen. Zum ihrem Gesundheitsverhalten existieren nur limitiert Daten.

Beschreibung des Projektes

Das interdisziplinäre Projekt GAAS wird von der Fachhochschule St. Pölten, der Universität Wien, Nordrand Mobile Jugendarbeit und der Produktionsschule spacelab in Wien und St. Pölten durchgeführt (2015-2018). Das übergeordnete Projektziel ist, auf Basis einer IST-Analyse zum Gesundheitsverhalten und unter Miteinbeziehung aller Beteiligten, Jugendliche im NEET-Status in ihren Gesundheitskompetenzen zu stärken und ihre Umwelt gesundheitsförderlicher zu gestalten. Gemeinsam mit Stakeholdern wurden aufbauend auf den Bedarf der Zielgruppe folgende Projektschwerpunkte entwickelt:

- Eine sechsmonatige praxisorientierte Intervention rund um die Themen Ernährung, Bewegung und mentale Gesundheit wurde standortspezifisch von Studierenden der beteiligten Hochschulen betreut. So wurden Gesundheitsinformationen im Peer-to-Peer Ansatz vermittelt.
- Aufgrund des ungünstigen Trinkverhaltens wurde ein „gesundheitsförderliches“ Getränk als Produkt zur Ernährungskommunikation entwickelt. Dieses transportiert via Etikett Gesundheitsinformationen, gestaltet von und für Jugendliche.
- Um das Thema Ernährung nachhaltig in der außerschulischen Jugendarbeit zu etablieren wird der Zertifikatslehrgang Jugend-ErnährungsmentorIn in Kooperation von Fachhochschule St. Pölten und Universität Wien entwickelt und durchgeführt. Der Lehrgang bleibt auch nach Projektende bestehen und fördert als MultiplikatorInnenschulung langfristig die Ernährungskompetenzen in der außerschulischen Jugendarbeit.

Das Projekt GAAS wurde 2016 mit dem ersten Platz des Wiener Gesundheitspreises ausgezeichnet und für den Vorsorgepreis nominiert.

Evaluierungsergebnisse

Im Rahmen des Projektes GAAS wurden erstmalig Daten rund um das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen im NEET-Status gesammelt. Die Ergebnisse weisen auf Verbesserungsbedarf hin. Die Evaluation der Intervention zeigt, dass erste positive Veränderungen initiiert werden konnten und die Intervention sehr positiv angenommen wurde. Dies gelang vor allem durch den Peer-to-Peer Ansatz und die praxisorientierte Wissensvermittlung.

Die Evaluationen des Kommunikationstools und des Lehrgangs folgen im weiteren Projektverlauf.

Empfehlungen

Die Erfahrungen und die Evaluationsergebnisse zeigen, dass die Partizipation aller Beteiligten wesentlich für einen erfolgreichen Projektverlauf ist. Um Gesundheitsinformation an benachteiligte Jugendliche zu vermitteln sind niederschwellige, praxisorientierte Ansätze empfehlenswert. Zudem sind Buddy-/Peer-to-Peer Ansätze für Jugendliche zu empfehlen.

Theoriegeleiteter Netzwerkaufbau - Möglichkeiten der Übertragung vom Setting Kindergarten auf das Setting Betrieb

K. Hauer¹, F. Schnabel², C. Braun¹;

¹Forschung Burgenland GmbH, 7000 Eisenstadt, Austria, ²Fachhochschule Burgenland GmbH, 7000 Eisenstadt, Austria

In der Gesundheitsförderung dienen interorganisationale Netzwerke dem Austausch sowie der Produktion von gesundheitsförderlichen Serviceangeboten. Interorganisationale Netzwerke sind Brößkamp-Stone (2012) zufolge Cluster von Organisationen, die rechtlich voneinander unabhängig bzw. organisatorisch autonom sind. Konkret bedeutet dies, dass der Netzwerkaufbau einerseits die Entwicklung von Möglichkeiten gesundheitsfördernder Veränderungen von Gesundheitsdeterminanten in Settings fördert, andererseits den gegenseitigen Austausch und das Lernen von beteiligten Organisationen unterstützt. Durch den Austausch von Informationen, Produkten und Instrumenten sowie dem Transfer fachlicher Kompetenzen können neue gesundheitsfördernde Strukturen und Prozesse geschaffen und nachhaltig verankert werden. Während es bereits Modelle für die theoriegeleitete Evaluation von Netzwerken gibt, bestehen bisher noch keine Modelle zum theoriegeleiteten Aufbau von interorganisationalen Netzwerken in der Gesundheitsförderung als Teil des Capacity Building Ansatzes.

Im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprojektes im Setting Betrieb mit fünf teilnehmenden Betrieben unterschiedlicher Branchen und Größen soll ein interorganisationales Netzwerk aufgebaut werden. Dadurch sollen die Betriebe miteinander vernetzt und ihnen die Möglichkeit gegeben werden, voneinander und miteinander zu lernen. Um einen theoriegeleiteten Netzwerkaufbau durchzuführen, werden empirisch gesicherte Erfolgsfaktoren aus dem Setting Kindergarten, wie zum Beispiel Transparenz, laufende Kommunikation und Kontinuität, anhand des Netzwerkmodells von Brößkamp-Stone (2004) auf das Setting Betrieb übertragen.

Auf Basis des Netzwerkmodells nach Brößkamp-Stone (2004) und der empirisch gesicherten Erfolgsfaktoren durchläuft der theoriegeleitete Netzwerkaufbau folgende sechs Phasen: (1) Analyse - richtige Auswahl der Netzwerkmitglieder, (2) Planung - Vorbereitung des Netzwerkes und Zielformulierung, (3) Initiierung - Aufnahme der Netzwerkarbeit und der Mitgliederkontakte, (4) Konstituierung - Maßnahmenfindung zur Zielerreichung, (5) Normierung - Regelung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, (6) Formalisierung - schriftliche Dokumentation der Netzwerkk Kooperation. Die Sicherstellung der Nachhaltigkeit ist als eigenständiger Prozess definiert, der alle sechs Phasen begleitet und von Beginn an mitbedacht und implementiert werden muss.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Netzwerkmodell nach Brößkamp-Stone (2004) settingübergreifend zur Anwendung kommen kann, um einen theoriegeleiteten Evaluationsansatz und Aufbau von Netzwerken in der Gesundheitsförderung zu gewährleisten. So brauchen Netzwerke in allen Settings der Gesundheitsförderung einerseits eine/n gute/n Netzwerkmanager/in, der/die die Zusammenarbeit koordiniert und steuert und andererseits die aktive Beteiligung der Netzwerkmitglieder durch das Einbringen von Interessen, Wissen, Rückmeldungen und Anregungen, um einen nachhaltigen Aufbau zu sichern. Die praktische Umsetzung des theoriegeleiteten Netzwerkaufbaus wird derzeit erprobt.

Parallel Session IIIa
Symposium der ÖGPH
Kompetenzgruppe sexuelle und
geschlechtliche Vielfalt
Sexuelle und geschlechtliche
Vielfalt in Public Health
Ausbildung und Praxis



Kompetenzgruppe „Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt“ - Symposium: Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in Public Health Ausbildung und Praxis

I. Grabovac;

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

Moderator: Dr. Igor Grabovac, Koordinator der Kompetenzgruppe

Die Kompetenzgruppe „Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt“ möchte die diesjährige ÖGPH Jahrestagung verwenden, um die Sichtbarkeit von LSBT-Themen im Bereich Public Health mit dem Themenschwerpunkt Ausbildungsthema zu erhöhen. Das vorgeschlagene Symposium wird eine Mischung aus Themen, die sowohl wissenschaftliche Arbeit, „Good Practice Examples“ die eine Überbrückung von praktischen und akademischen Public Health sind, einschließen. Das Symposium wird mit einer Präsentation von Assoc. Prof. Thomas E. Dorner mit dem Titel „Sexualität als Public Health Thema?“ starten. Darin gibt er einen Überblick über die sexualitätsbezogene Forschung in der Public Health und präsentiert die Notwendigkeit einer weiteren Entwicklung in diesem Bereich.

Die zweite Präsentation übernimmt Radhika Seiler-Ramadas, MA, MSc, die das Studienprotokoll ihres Doktorandenprojekts vorstellt (Titel: „The significance of sex education in schools in developing healthy sexuality, HIV/STI awareness and prevention among adolescents in Vienna - A protocol for a prospective study in two parts.“). Frau Seiler-Ramadas Arbeit stellt einige interessante Fragen; wie viel wissen Jugendliche in Wien über Sexualität und über ihre sexuelle Gesundheit und können Interventionen das Wissen und gesunde Einstellung zu Sex erhöhen.

Danach wird KPJ Medizinstudentin Magdalena Kirnbauer eine Präsentation über HIV- PrEP (Präexpositionsprophylaxe) geben („Eine „Pille“ als Ersatz für Kondome? - Review des Risikoverhaltens von MSM unter der Einnahme von Pre-exposure Prophylaxis“). Frau Kirnbauer wird einen Überblick dieser neuen präventive Maßnahme geben und welches Potential diese Maßnahme auf der HIV Epidemie hat, auch welche Nachteile dieser Therapie hat.

Als nächstes folgt eine Präsentation vom Moderator der Session, Dr. Igor Grabovac, der die Ergebnisse einer bisher publizierten Studie „Wissen und Einstellungen der kroatischen MedizinstudentInnen zur Homosexualität“ vorstellen wird. Die Studie gibt einen Einblick in die homonegative Einstellung der letztjährigen MedizinstudentInnen in Kroatien und vergleicht diese Ergebnisse mit der österreichischen Studentenpopulation.

Diese Präsentation dient als eine wunderbare Einleitung für Karoline Rumpfhuber aus der Regenbogen-gruppe MedUni Wien. Ihr Vortrag, in dem sie einen Einblick in die neu gegründeten Gruppenaktivitäten, Bewusstseinskampagnen und Unterstützung für StudentInnen und MitarbeiterInnen der MedUni Wien gibt, trägt den Titel „Die Regenbogengruppe- gemeinsame Arbeit von Studierenden, Lehrenden und ForscherInnen an die MedUni und AKH Wien sichtbarer zu machen“. Zuletzt gibt Mag. Liane Hanifl (Wiener Gesundheitsförderung), einen Überblick über die Aktivitäten der WiG und schildert die Zukunftsplänen für Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen für geschlechtliche und sexuelle Minderheiten in Wien. Der Titel des Vortrages lautet „Sexuelle Orientierung und geschlechtliche Vielfalt: Ansätze und Aktivitäten zu Diversität vermittelt Der Wiener Gesundheitsförderung“ geben wird.

Zu den Stärken dieses Symposiums gehören, dass es sich um eine Mischung aus akademischen Forschungsvorträgen und Präsentationen zur Projektdurchführung aus praktische Public Health sowie eine Mischung aus internationalen und österreichischen Vortragenden handelt, um mehr Einblicke in dieses Thema zu geben. Wir hoffen auf eine interessante Session und eine lebhaft Diskussion.

Sexualität als Public Health Thema?

T. E. Dörner;

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

Sexualität ist intim und Privatsache. Public Health andererseits verfolgt den Ansatz, dass auch die gesamte Gesellschaft für Gesundheit verantwortlich zeichnet. Sind diese beiden Ansichten, wenn es um sexuelle Gesundheit geht kompatibel? Hier einige Gedanken dazu, abgeleitet aus der wissenschaftlichen Literatur sowie aus eigenen Forschungsarbeiten.

Gemäß Weltgesundheitsorganisation sind biologische, psychische und soziale Aspekte gleichberechtigte Faktoren, die Gesundheit ausmachen. Der WHO-Definition wurden später, für eine noch umfassendere Gesundheit, sexuelle, spirituelle und emotionale Aspekte hinzugefügt. Die WHO-definiert Sexuelle Gesundheit analog zur Gesundheitsdefinition als „körperliches, emotionales, psychisches und soziales Wohlbefinden“, und „nicht als lediglich die Abwesenheit von Krankheit, Dysfunktion oder Gebrechen.“ Sexuelle Gesundheit setzt sichere sexuelle Erfahrungen, frei von Nötigung, Diskriminierung und Gewalt voraus sowie die Bewahrung von sexuellen Rechten. Dementsprechend beschäftigt sich Public Health vor allem mit Sexualrechten, Sexualerziehung und Prävention sexueller Gewalt.

Klassischer Public Health Schwerpunkt in Bezug auf Sexualität ist die Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen. In Bezug auf HIV ergeben sich Herausforderungen durch die immer besser werdenden Möglichkeiten in Therapie, die auch als Prä- oder Postexpositionsprophylaxe angewendet werden und möglicherweise Einfluss auf das Sexualverhalten, insbesondere in der MSM Community haben können. Public Health Herausforderungen durch bessere HIV Medikation beinhalten auch, dass neue Aspekte beim Leben mit HIV in den Fokus rücken, wie ein Leben mit Stigma oder Arbeitsfähigkeit und Produktivität.

Sexuelle Orientierung wird häufig nicht nur als sexuelle Präferenz gesehen, sondern auch als Lebensstil mit eigenen in der Community geltenden kulturellen Spielregeln. Dieser Lebensstil steht oft in Verbindung mit anderen gesundheitlich relevanten Lebensstilen. So ist zum Beispiel in der MSM Community der Anteil der Raucher sehr hoch. Andererseits spielt das körperliche Erscheinungsbild und körperliches Training in der MSM Community eine sehr große Rolle. Das bringt zum Teil positive Gesundheitsauswirkungen mit sich, zum Teil aber auch Gesundheitsrisiken durch übersteigerten Körper- und Jugendkult. Schließlich ist Sexualität eine wesentliche Gesundheitsressource. Es gibt zahlreiche Untersuchungen, besonders bei chronischen Schmerzen, die die wechselseitige Beeinflussung von sexueller Zufriedenheit und dem Gesundheitszustand zeigen.

Zusammengefasst ist Sexualität sehr wohl ein Public Health Thema, es geht hier vor allem darum die Voraussetzungen für sexuelle Gesundheit zu schaffen, und Sexualität als wichtigen Teil der Gesundheit zu sehen.



The significance of sex education in schools in developing healthy sexuality, HIV/STI awareness and prevention among adolescents in Vienna - A protocol for a prospective study in two parts.

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

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

Background

Reported diagnoses on sexually transmitted infections (STIs) among 16-19 year olds have been increasing in Western European countries, where Austrian adolescents represent the highest proportion among those experiencing earlier sexual initiation (ESI). The Austrian sex education guidelines recommends sex education for children and youth to be age-appropriate, oriented towards current times, represent a positive sense of one's sexuality, advocate the principle of gender equality, and provide the competency to appreciate diversity in human life forms. Scientifically supported information on sexually transmissible infections (STIs) including the human immunodeficiency virus (HIV) and contraception are also important components. The currently performed study seeks to assess how well adolescents in schools are informed about these issues, and discusses how the state of awareness could influence STI and ESI incidences.

Methods

Two parts are involved, with the first being a mixed methods approach (expert interviews and a school-based survey of 14-16 year olds) that evaluates various topics on sexuality, sex education and its delivery. The second part is a cluster randomized controlled trial using a waiting-list control design. The intervention is an HIV/STI prevention workshop with the control group receiving a standardised information folder on HIV/STI prevention. Measures will be taken at baseline, post-intervention and at follow-up three months later. The primary outcome measure is 'knowledge of HIV/AIDS' with attitudes towards people living with HIV, behaviour intentions and resistance to peer pressure as secondary outcomes.

Discussion

The study aims to examine the state of awareness among today's adolescents on sexuality, STIs and prevention among adolescents from different schools and cultural backgrounds. It will also discuss gathered ideas on how sex education can be a process establishing the development of healthy awareness of a spectrum of aspects involved in sexual relationships. As far as the authors are aware, it is also the first controlled trial in Austria evaluating the effectiveness of an educational intervention to raise awareness of HIV as well as condom use among teenagers. First results of the first part of the study (expert interviews) are expected for the following weeks and can be presented at the conference.

Eine “Pille” als Ersatz für Kondome? - Review des Risikoverhaltens von MSM unter der Einnahme von Pre-exposure Prophylaxis

M. E. Kirnbauer, I. Grabovac;

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

Einleitung

Als prä-expositions Prophylaxe (PrEP) ist Truvada®, ein antiretrovirales Medikament, in den USA seit 2012 zugelassen. Das CDC empfiehlt die Einnahme PrEP für homo- und bisexuelle Männer (MSM) sowie heterosexuelle Männer und I.V.-Drogenkonsumenten, die ein hohes Risiko für HIV haben. Hierbei zeigten verschiedene Studien gute Ergebnisse im Rückgang der Übertragungsrate von HIV, jedoch erhöhtes Auftreten von anderen sexuell übertragbaren Krankheiten (STIs).

Methoden

Eine Literaturrecherche zum Thema wurde im Oktober 2016 durchgeführt. Die Suchbegriffe „HIV“, „Pre-exposure-prohylaxis“, „Risk compensation“, „Condom use“ und „Sexually Transmitted Disease“ bzw. deren MeSH-Terms wurden in den Datenbanken Medline, Cochrane Library und Scopus eingegeben und relevante Artikel ausgewählt.

Ergebnisse

Die Wirksamkeit in der Verringerung der Übertragungsrate von HIV wird zwischen 44-90 % angegeben, stark abhängig von der Adherence der Probanden. Ungefähr 25% der MSM wären interessiert solche Präparate einzunehmen, wobei die Bereitschaft stark vom selbst eingeschätzten Risiko abhängt, dieses wurde in einer australischen Studie nur von 3,6% der MSM als hoch eingeschätzt. In qualitativen Studienergebnissen gaben viele Probanden an, PrEP als eine zusätzliche „Ebene der Sicherheit“ in der Verhütung von HIV zu sehen. Jedoch zeigten andere Publikationen, dass 7 bis 38% der MSM unter PrEP-Therapie bereit wären, andere sexuelle Praktiken auszuüben und eher auf ein Kondom zu verzichten. Dadurch steigt das Risiko für STIs. Nach verschiedene PrEP-Versuchsreihen zeigten bis zu die Hälfte der Probanden eine Infektion mit einer STI, vor allem Neisseria gonorrhö, Chlamydia trachomatis oder Syphilis. Dies führt sowohl eine erhöhte Krankheitsbelastung der Bevölkerung mit STIs mit sich, als auch Probleme mit zunehmender antimikrobieller Resistenz dieser Keime. Zusätzlich fördert diese entzündliche Umgebung wiederum eine Infektion mit HIV.

Schlussfolgerung

Meist wird PrEP nur als Teil eines Gesamtpräventionspaketes zusammen mit regelmäßigem STI Screening und weiterer Risikoreduktionsberatung empfohlen. Da eine lebenslange prophylaktische Einnahme viele Nebenwirkungen für die Betroffenen mit sich führen kann, müssen alle eventuellen Risiken für Krankheitsübertragung sorgfältig abgewogen werden. Vor allem auch im deutsch-sprachigen Raum ist eine klare Nutzen-Risiko-Evaluierung noch ausständig, da PrEP auch in immer mehr europäischen Ländern zugelassen wird.



Wissen und Einstellungen kroatischen MedizinstudentInnen zur Homosexualität

I. Grabovac¹, M. Milosevic², J. Mustajbegovic²;

¹Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health, Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin, Wien, Austria,

²University of Zagreb, School of Public Health „Andrija Stampar“, Department of Environmental Health and Occupational and Sport Medicine, Zagreb, Croatia.

Hintergrund

Berichte und wissenschaftliche Literatur aus vielen Ländern zeigen, dass medizinische Fachkräfte eine negative Einstellung gegenüber den lesbischen, schwulen, bisexuellen und Transgender (LSBT*) PatientInnen haben. Gründe dafür könnte das Fehlen von LSBT* Themen in der medizinischen Ausbildung sein. Ziel der vorliegenden Studie war es zu untersuchen, ob Studierende des fünften und sechsten Studienjahres der medizinischen Fakultät in Zagreb homonegative Einstellungen haben und wie sie ihr Wissen über Homosexualität beurteilen.

Methoden

Im akademischen Jahre 2009/2010 wurde bei Studierenden des fünften und sechsten Studienjahres eine Querschnittsstudie durchgeführt. Die Umfrage bestand aus allgemeine demographische Daten, zwei validierte Fragebögen - »Knowledge about Homosexuality Questionnaire« und Heterosexual Attitudes towards Homosexuality Scale« - und einen selbsterstellten Fragenbogen zur persönliche Erfahrungen.

Ergebnisse

Das durchschnittliche Wissen lag bei $M = 14,8(2,8)$ von 20 Punkten. Darüber hinaus wurden geschlechtsspezifische Unterschiede in den Einstellungen beobachtet, die eine positivere Einstellungen bei den weiblichen Teilnehmerinnen zeigte. Das Regressionsmodell war signifikant (ANOVA: Summe der Quadrate = 38.065, $df = 17$, Mean Square = 2239, $F = 10,6$; $p < 0,001$) mit 38% der erklärten Varianz. Signifikanten Prädiktorvariablen, die eine negative Einstellung gegenüber Homosexualität vorhersagten, waren weibliches Geschlecht ($\beta = -0,14$, $p = 0,015$), sechstes Studienjahr ($\beta = -0,16$, $p = 0,009$) und mehr Wissen über Homosexualität ($\beta = -0,48$, $p < 0,001$).

Schlussfolgerung

Bei kroatischen MedizinstudentInnen ist eine negative Einstellung gegenüber Homosexualität vorhanden. Daher sollten Themenschwerpunkte über Homosexualität in die Lehrpläne der medizinischen Schulen aufgenommen werden, um die negativen Wahrnehmungen der lesbischen, schwulen, bisexuellen und transgenden Gemeinschaft zu verringern.

Die Regenbogengruppe - gemeinsame Arbeit von Studierenden, Lehrenden und Forscher_innen um die Vielfalt von Genderidentitäten und sexuellen Orientierungen an der MedUni und am AKH Wien sichtbarer zu machen

K. Rumpfhuber;

MedUni Wien, Wien, Austria.

Hintergrund

Die 2011 gegründete Regenbogengruppe der MedUni war die erste Initiative, die an einer österreichischen Universität mit dem Ziel entstanden ist, die Themen sexuelle Orientierungen und Geschlechteridentitäten im medizinischen Arbeitsfeld und auch in der medizinischen Ausbildung besser sichtbar zu machen und zu thematisieren. Die Regenbogengruppe hatte damit Vorbildwirkung für andere Wiener Universitäten und Fachhochschulen - in den Arbeitstreffen waren oft Vertreter_innen dieser Einrichtungen zu Gast, um für ähnliche Plattformen Inspiration und Erfahrungsaustausch zu finden.

Beschreibung des Projekts

Die Regenbogengruppe, seit 2017 die Regenbogengruppe der MedUni Wien und des AKH Wien (kurz: RBG) ist eine Gruppe für bi-, hetero-, homo-, intersexuelle, transsexuelle, transgender und queere (kurz: LGBT+) Mitarbeiter_innen und Studierende der MedUni und des AKH Wien und deren Unterstützer_innen. Die RBG vertritt den Standpunkt - sowohl innerhalb der MedUni und des AKHs Wien, wie auch nach außen hin - dass es verschiedene Spielarten von Normalität gibt. Je selbstverständlicher diese Sichtweise in einer Gesellschaft ist, desto bunter, liebenswerter und vor allem gesünder ist sie.

Die Themen sexuelle Orientierungen und Geschlechteridentitäten sollen an der MedUni und am AKH Wien besser sichtbar und zu einem Teil des Alltags werden. Die RBG bietet einerseits Vernetzungstreffen für den informellen Austausch und zur gegenseitigen Stärkung von LGBT+-MitarbeiterInnen und -Studierenden, zum anderen werden Workshops und Informationsveranstaltungen organisiert, um das Bewusstsein des medizinischen Personals und der Medizinstudierenden zu fördern: Ärzt_innen, Pflegepersonal, Studierende und Patient_innen sollen ihre Geschlechteridentität und ihre sexuelle Orientierung im täglichen persönlichen Umgang am Arbeits- oder Studienplatz, sowie im Untersuchungszimmer ohne Bedenken kommunizieren und leben können. Der offene und vorurteilslose Umgang miteinander ermöglicht eine vertrauensvolle Kommunikation zwischen Ärzt_innen und Patient_innen- und verbessert somit Heilungserfolge.



Sexuelle Orientierung und geschlechtliche Vielfalt: Ansätze und Aktivitäten zu Diversität in der Wiener Gesundheitsförderung

L. Hanifl;

Wiener Gesundheitsförderung, Wien, Austria.

Hintergrund

Die Wiener Gesundheitsförderung - WiG - arbeitet entlang von fünf Leitlinien, welche die grundlegende Ausrichtung vorgeben. Diese sind Salutogenese, Settingorientierung, sozialer Status, Diversity und Gender Mainstreaming.

Damit soll ein chancengerechter Zugang zur Gesundheitsversorgung und insbesondere zu Angeboten der Gesundheitsförderung für alle BewohnerInnen Wiens gewährleistet werden.

Folgende Zielsetzungen wurden formuliert

- Diversitätsmerkmale wie Geschlecht, Herkunft, Alter, Behinderung, sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität sollen keine Hürde bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsförderungsprojekten darstellen.
- Die Berücksichtigung von Diversitätsmerkmalen ist ein wichtiges Qualitätskriterium bei der Projektplanung in der Arbeit der WiG.
- Das Entwickeln eines gemeinsamen Bildes zu Diversität und den verschiedenen Diversitätsdimensionen im Kontext der Gesundheitsförderung ist zentrales Anliegen in der WiG.

Ergebnisse

Diversitätsmerkmale haben einen wesentlichen Einfluss darauf, welchen gesundheitlichen Belastungen Menschen ausgesetzt sind bzw. welche gesundheitlichen Ressourcen von ihnen entwickelt werden können. Diversitätsaspekte werden damit zu wesentlichen Faktoren dafür, welche gesundheitlichen Chancen jemand nutzen kann. Das Diversitäts-Rad bietet für Themen der Gesundheitsförderung in der WiG Orientierung und Anhaltspunkt bei der Planung und Umsetzung bzw. Begutachtung von Projekten. Dabei werden sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentitäten als Querschnittsthemen behandelt.

Folgende Ansätze und Aktivitäten sind derzeit zu beobachten

- Diversity Mainstreaming auf Ebene der MitarbeiterInnen
- Projekte und Förderprojekte überwiegend im Jugendbereich
- Sexualitäten und sexuelle Orientierung im Bereich der Selbsthilfeunterstützungsstelle SUS

Schlussfolgerung

Diversitätsmerkmale wie „sexuelle Orientierung“ und „Geschlechtsidentitäten“ sollen vermehrt in den Fokus der MitarbeiterInnen der WiG rücken. Dies kann zu einer höheren Sensibilisierung führen. Weitere Fachbereiche in der WiG (wie z.B. Betriebliche Gesundheitsförderung) können von der Auseinandersetzung mit der Thematik profitieren.



Parallel Session IIIb

Workshop



Partizipative Gesundheitsforschung

P. Plunger¹, F. M. Amort², B. Pichler¹, G. Schlemmer³;

¹Institut für Palliative Care und OrganisationsEthik, IFF; Alpen-Adria Universität, Wien, Austria, ²FH JOANNEUM University of Applied Sciences, Bad Gleichenberg, Austria, ³Styria vitalis, Graz, Austria.

Der partizipative Forschungszugang baut u.a. auf Kurt Lewin und den Ansätzen der Aktionsforschung auf, die für eine gemeinsame Problemidentifikation, -analyse und -lösung aller am Forschungsprozess beteiligter AkteurInnen steht. Es handelt sich somit um keine spezifische Methode, sondern um einen Ansatz, der garantiert, dass die Population der Forschung an allen Phasen des Forschungsprozesses beteiligt ist und so die Forschungsqualität verbessert wird.

Partizipation ist in der österreichischen Public Health Praxis und insbesondere in der angewandten Gesundheitsförderung etabliert und als Qualitätskriterium anerkannt. Auch auf der Forschungsebene finden sich in Österreich zunehmend mehr Vorhaben der partizipativen Gesundheitsforschung (PGF). Der Workshop schließt an diese Entwicklungen an und bietet eine inhaltliche Austauschmöglichkeit für Public Health AkteurInnen mit Interesse an PGF und möchte die Grundlage für eine österreichische Vernetzung schaffen.

Der Workshop verfolgt folgende Zielsetzungen

- a. Grundprinzipien partizipative Gesundheitsforschung bekannt machen
- b. Anhand ausgewählter Forschungsvorhaben aus unterschiedlichen Themenfeldern Erfahrungen, Möglichkeiten und Grenzen partizipativer Gesundheitsforschung mit den TeilnehmerInnen diskutieren
- c. Interesse der TeilnehmerInnen an der Gründung einer Kompetenzgruppe „Partizipative Gesundheitsforschung“ innerhalb der ÖPHG erheben

Der Ablauf des Workshops wird wie folgt verlaufen

1. Teil des Workshops
 - Impulsreferat zur Theorie partizipativer Gesundheitsforschung
 - Impulsreferat zum aktuellen Stand der partizipativen Forschungslandschaft und Netzwerke von WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen im deutschsprachigen Raum
2. Teil des Workshops
 - Möglichkeit drei eingeladene Forschungsprojekte aus Österreich zu unterschiedlichen Fragestellungen kennen zu lernen und vertiefende Reflexionsfragen zur PGF (Qualität, Validität, Ethische Aspekte) zu diskutieren
 - Darstellung der Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen für die Großgruppe
 - Diskussion bezüglich des Interesses an der Gründung einer Kompetenzgruppe PGF innerhalb der ÖGPH

Parallel Session IIIc
Symposium der
ÖGPH Kompetenzgruppe
Kinder- und Jugendgesundheit





Frühe Hilfen - Daten, Fakten, Erfolge

*S. Haas, B. Juraszovich-Sirota, M. Weigl;
Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Austria.*

Hintergrund

Seit Anfang 2015 werden in allen österreichischen Bundesländern regionale Frühe-Hilfen-Netzwerke aus- bzw. aufgebaut. Seit Frühjahr 2016 bestehen 23 Netzwerke, die inzwischen 53 Bezirke abdecken. Die regionale Umsetzung wird durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen begleitet, das u. a. eine einheitliche Dokumentation (FRÜDOK) bereitstellt und eine österreichweite Evaluation organisiert hat.

Methoden

FRÜDOK erfasst umfangreiche Daten zu den durch Frühe Hilfen begleiteten Familien (insb. soziodemografische Daten, Ressourcen und Belastungen, Betreuungsdaten). Ergänzend werden auch Informationen zur Struktur- und Prozessqualität der Umsetzung von Frühen Hilfen in Österreich erfasst. Es wurden eine formative und eine summative Evaluation mit Methodenmix (u.a. Fokusgruppen, Interviews, Online-Befragung, partizipative Fotobefragung, Daten- und Dokumentenanalyse) durchgeführt. Im Rahmen einer Analyse von Wirkung und Wirksamkeit von Frühen Hilfen wurden anhand exemplarischer Fallvignetten auch Kosten und Nutzen der Begleitung durch regionale Frühe-Hilfen-Netzwerke berechnet.

Ergebnisse

Seit Anfang 2015 wurden österreichweit rund 2.000 Familien zu regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken zugewiesen, davon rund ein Viertel bereits während der Schwangerschaft. Von den begleiteten Hauptbezugspersonen sind rund ein Viertel Alleinerzieher/innen (fast ausschließlich Frauen), rund 40 % nicht in Österreich geboren und fast 30 Prozent haben maximal Pflichtschulabschluss. Zu den wichtigsten Belastungen der begleiteten Familien zählen finanzielle Notlage, beeinträchtigte psychosoziale Gesundheit der Hauptbezugsperson sowie fehlendes soziales Netzwerk. Die wichtigsten Ressourcen, über die die Familien verfügen, sind die Sicherheit der Wohnsituation und Situation des Wohnraums sowie das vorhandene soziale Netzwerk. Laut Evaluation ist der Netzwerkaufbau auf regionaler Ebene bereits sehr gut gelungen. Es bestehen Kontakte zu vielfältigen Angeboten verschiedener Bereiche, deren Unterstützungsleistungen den begleiteten Familien zugänglich gemacht werden können. Begleitete Familien wie Familienbegleiter/innen sehen auf vielerlei Ebenen einen Nutzen von Frühen Hilfen. Alle Fallvignetten zeigen, dass der Gesamtnutzen der Begleitung durch die regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerke deutlich höher ist als die damit verbundenen Kosten.

Schlussfolgerung

Es sind wichtige Fortschritte bei der Etablierung von Frühen Hilfen in Österreich gelungen. Den regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken gelingt es, die Familien sehr früh zu erreichen und entsprechend der Zielsetzung tatsächlich auch sozial benachteiligte Gruppen zu unterstützen. Die Ergebnisse der Evaluation belegen ebenso wie die Analyse zur Wirksamkeit und Kosten-Nutzen, dass es sich bei Frühen Hilfen um eine wichtige, neue Angebotsform von hoher gesellschaftlicher Relevanz handelt.

Frühe Hilfen - Netzwerkmanagement und Familienbegleitung als „bescheidene“ Profession?

W. Laskowski;

OÖ Gebietskrankenkasse, Linz, Austria.

Frühe-Hilfen-Netzwerke haben den Zweck, Schwangere und Familien in belastenden Situationen in der Lebensphase der frühen Kindheit zu unterstützen. Im Zentrum der Arbeit der Frühen-Hilfen steht dabei ein regionales, multiprofessionelles Netzwerk, welches die Angebote für Eltern und Kinder koordiniert. Das jeweilige Netzwerk-Management kümmert sich dabei um den Aufbau und Pflege der Kooperationsbeziehungen zwischen den Netzwerk-Partnern. Darüber hinaus werden Familien von FamilienbegleiterInnen über einen längeren Zeitraum kontinuierlich, umfassend und niederschwellig begleitet.

Mit dem Einsatz der Familienbegleitung wurde im Rahmen der Frühen Hilfen ein Berufsbild geschaffen, welches multiprofessionell und berufsgruppenübergreifend das Wohl der Zielgruppe im Auge behalten muss. Anders als bei den Familienhebammen in Deutschland werden in Österreich unterschiedliche Professionen eingesetzt und durch die Gesundheit Österreich GmbH geschult. Neben Hebammen werden in Österreich insbesondere auch Sozialpädagoginnen, Sozialarbeiterinnen, Psychologinnen, Frühförderinnen, Behindertenfachbetreuerinnen, Kinderkrankenschwestern oder Heil- und Sonderpädagoginnen eingesetzt.

Den Netzwerkmanagerinnen kommt dabei die Aufgabe zu, für den Aufbau eines funktionierenden Frühe-Hilfen-Netzwerkes zu sorgen. Dabei stehen in erster Linie der Aufbau von Kooperations- und Kommunikationsstrukturen im Vordergrund. Die Familienbegleitung wiederum unterstützt und berät KlientInnen vor Ort und bearbeitet Fälle gleichsam vor dem eigenen professionellen Hintergrund. Andererseits stehen diese Fachkräfte vor der ständigen Herausforderung, das eigene Handeln im Hinblick auf die Grenzen der Zuständigkeiten und Kompetenzen hin zu reflektieren und im Bedarfsfall KlientInnen an andere Organisationen im Netzwerk zu verweisen. Ähnlich wie in anderen Aufgabenfeldern der sozialen Arbeit handelt es sich bei den Frühen Hilfen um personenbezogene Dienstleistungen, die sich durch eine diffuse Allzuständigkeit, einen sehr geringen Grad an Standardisierbarkeit sowie ein Mitgestalten bzw. eine Mitverantwortung der KlientInnen am Erfolg der Beratung und Unterstützung auszeichnen.

Vor dem Hintergrund dieses Problemaufrisses und unter Anwendung der soziologischen Professions- theorie soll untersucht werden, wie den Fachkräften die Bearbeitung von Fällen gelingt und mit welchen Herausforderungen, Problemstellungen und Belastungen sie konfrontiert sind. Sowohl die Dokumentation der eigenen Arbeitsaufgaben als auch persönliche Eindrücke und Schilderungen der Fachkräfte dienen als empirische Basis zur Charakterisierung des Aufgabengebiets der Netzwerkmanagerinnen und Familienbegleiterinnen und sollen es so ermöglichen, Veränderungen in der Aufbau- und Ablauforganisation der Frühen Hilfen zu diskutieren.



Gesunder Kindergarten - gemeinsam wachsen

B. Schinnerl;

Steiermärkische Gebietskrankenkasse, Graz, Austria.

Hintergrund

Die Kindheit ist die effektivste und effizienteste Lebensphase, um sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren bzw. die Gesundheitschancen von Kindern zu erhöhen (Stegeman & Costongs, 2012). Somit macht es Sinn, schon im Kindesalter mit ganzheitlichen gesundheitsfördernden Maßnahmen anzusetzen.

Aus diesem Grund startete die Steiermärkische Gebietskrankenkasse (STGKK) das Programm „Gesunder Kindergarten - gemeinsam wachsen“ mit 01.01.2013, welches auf einem Pilotprojekt von Styria vitalis (Start 2012) basiert. Seit 2015 verfolgt die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA), als weiterer Programmpartner, ebenso die Interessen des Programms.

Ziele

Das Programm verfolgt das übergeordnete Ziel, einen Beitrag zur Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt Kindergarten (Verhältnisprävention) in der Steiermark zu leisten sowie die Gesundheitskompetenz aller Beteiligten (Verhaltensprävention) im Setting Kindergarten (Kindergartenteam, Erhalter, Eltern, Kinder) zu stärken. Ziel ist es somit ein einzigartiges institutionsübergreifendes Netzwerk „Gesunder Kindergarten - gemeinsam wachsen“ im Bundesland Steiermark nachhaltig aufzubauen und so den Grundstein zur Gesundheit von Kindergartenkindern und der dort Beschäftigten zu leisten.

Methoden

Das Programm richtet sich an 108 steirische Kindergärten, die für zwei Jahre von der STGKK, Styria vitalis bzw. der BVA betreut werden. Vor Ort werden unter Einbeziehung der Kindergartenteams, der KindergartenerhalterInnen und Eltern organisationsspezifische Ziele und Maßnahmen zur nachhaltigen Verankerung von gesundheitsfördernden Strukturen geplant, umgesetzt und die Zielerreichung reflektiert. Darüber hinaus wird durch diverse Netzwerktreffen sowie kindergartenübergreifende und steiermarkweite Fortbildungen zu gesundheitsförderungsrelevanten Inhalten versucht, die Kindergärten untereinander zu vernetzen. Auf diese Weise wird das Netzwerk „Gesunder Kindergarten - gemeinsam wachsen“ in der Steiermark u.a. mit Stakeholdern, 20 KooperationspartnerInnen und 39 ReferentInnen aufgebaut sowie durch eine eigene Website www.gesunder-kiga.at und Informationsmaterialien zusätzlich unterstützt. Aufbauend auf die Entwicklung eines Indikatorensets (beauftragt durch Styria vitalis) während der Pilotphase wurde eine Netzwerk- und Bekanntheitsgradanalyse (im Auftrag der STGKK) in Kooperation mit wissenschaftlichen Einrichtungen durchgeführt.

Schlussfolgerungen

Die Ressourcen aller beteiligten Institutionen werden gebündelt, deren Erfahrungen genutzt und neues Wissen für das Thema „Gesunder Kindergarten“ generiert. Schließlich wird durch den gemeinsamen Aufbau des Netzwerks „Gesunder Kindergarten - gemeinsam wachsen“ in der Steiermark die Nachhaltigkeit der Aktivitäten langfristig gewährleistet.

Fighting the social gap: international, national and local health improvement strategies for the young

I. Zelinka-Roitner;

Styria vitalis, Graz, Austria

Since birth - and even in the period of pregnancy - both health behaviour and health situation are strongly connected with the social status. Health promoting interventions concerning children and adolescents have to concentrate on a structural level and must combine international, national and local strategies. In addition, it is essential to include socio-political capacities, which requires the systematic cooperation of medical, social and educational professions. It is, however, important to consider the implications of measures: if directed to the broad majority of young people the social gap might increase; if directed only to those who are defined as vulnerable and “in need”, however, stigmatisation might occur.

Strategies for the health improvement of the young which include the aim of decreasing social injustice can be set on an international level, such as price controlling, tax restructuring and the prohibition of marketing directed to children. In addition, there must be national strategies that often include prevention programmes such as the nationwide prevention of tooth decay in Austria, which shows a broad effectiveness even with children of low SES. Local strategies such as Early Intervention on a communal level try to promptly identify and fulfil the needs of individuals in their settings (such as families, neighbourhoods, child care systems, and health systems) and address especially those with known adverse circumstances who are more vulnerable to serious disruptions concerning a healthy development. Children and young people are approached by their surrounding environment and thus indirectly in the focus of measurements.

The various strategies on different levels should be discussed and compared, thereby always focussing on the social gap and related possible stigmatisations.



Gesundheitskompetenz in der außerschulischen professionellen Jugendarbeit

Mag.^a Daniela Kern-Stoiber, MSc;

Bundesweites Netzwerk Offene Jugendarbeit

Jugendliche in Österreich weisen eine geringe Gesundheitskompetenz auf. Im europäischen Ranking liegt Österreich auf dem vorletzten Platz. Vor allem bildungsferne und sozial benachteiligte Jugendliche weisen eine geringe Gesundheitskompetenz auf. Die professionelle außerschulische Jugendarbeit bietet mit ihren Haltungen und Methoden die ideale Voraussetzung zur Auseinandersetzung mit Gesundheitskompetenz und Schaffung von gesundheitskompetenten Settings.

Ausgewählte Einrichtungen der Offenen Jugendarbeit (Jugendzentren, Jugendtreffs, mobile Jugendarbeit) und die Jugendinformationsstellen in der Steiermark, Salzburg und Tirol setzten es sich deshalb als Ziel die Gesundheitskompetenz Jugendlicher zu stärken, indem sie sich strukturiert mit der organisationalen Gesundheitskompetenz ihrer Handlungsfelder beschäftigten, Leitfäden erarbeiteten und ein Netzwerk zu Gesundheitskompetenz gründeten. Partnereinrichtungen waren: akzente Salzburg, WIKI Kinderbetreuungs GmbH, Logo Jugendinfo, POJAT – Dachverband Offene Jugendarbeit Tirol, sowie das Infoeck in Tirol.

Als wissenschaftliches Konzept zur Entwicklung der Leitfäden diente das Wiener Modell für organisationale Gesundheitskompetenz (Pelikan, Dietscher 2015), das ursprünglich für Krankenhäuser entwickelt wurde.

Begleitend zu den Leitfäden finden Veranstaltungen, Fortbildungen und Projekte zu Gesundheitskompetenz in der außerschulischen Jugendarbeit statt. In diesen werden die Inhalte der Leitfäden vermittelt und in den Alltag der Jugendarbeit integriert. Ein Online-Tool zum Selbstcheck dient den Einrichtungen dazu, sich mit Gesundheitskompetenz auseinanderzusetzen und Maßnahmen zu etablieren, die die Gesundheitskompetenz sowohl der jugendlichen NutzerInnen als auch der Beschäftigten verbessern.

Seit Juni 2016 fanden 2 Sitzungen des neu gegründeten Netzwerks Gesundheitskompetente Jugendarbeit statt. Bisher 60 TeilnehmerInnen aus Jugendarbeit, Gesundheitsförderung, Sport, Kinder- und Jugendhilfe und Jugendberatung nutzten diese Vernetzungsplattform. Am 24.3. fand im Gesundheitsministerium die Fachkonferenz Gesundheitskompetente Jugendarbeit statt.

Die Projektaktivitäten wurden von bOJA und BÖJI als die Dachverbände der Handlungsfelder initiiert und vom Fonds Gesundes Österreich, dem Bundesministerium für Familien und Jugend sowie dem Sportministerium finanziert.

Alle Projektergebnisse und die Leitfäden finden sich auf www.boja.at/gesundheit.

Reduktion der Raucherprävalenz bei Jugendlichen - Welche Maßnahmen helfen?

G. Maier;

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP), Wien, Austria.

Hintergrund

Das Jugendalter ist ein Lebensabschnitt, in dem das Gesundheitsverhalten der Heranwachsenden mitunter nachhaltig geprägt wird. In diese Zeit fällt üblicherweise auch der erste Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln; Jugendliche lernen den Umgang mit Tabak, Alkohol und anderen Drogen, dabei bilden sich Verhaltensmuster, die größtenteils im Erwachsenenalter ihre Fortsetzung finden. Kinder und Jugendliche stehen deshalb als Zielgruppe gleichermaßen im Fokus von Gesundheitspolitik und Suchtprävention, wie auch von Marketingabteilungen führender Tabak- und Alkoholkonzerne. Dies kommt auch in der jüngsten Diskussion über die Erhöhung des Mindestalters für den Erwerb und den Konsum von Zigaretten von 16 auf 18 Jahre in Österreich zum Ausdruck, wobei davon ausgegangen wird, dass eine solche eine entscheidende Reduktion der Raucherraten bei Jugendlichen zur Folge hätte. Anhand der aktuellen Daten der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Studie wird am Beispiel Tabakprävention die Beziehung zwischen solchen Maßnahmen und dem tatsächlichen Rauchverhalten von 15-jährigen Schüler/innen in 33 europäischen Ländern analysiert. Ziel ist es herauszufinden, welche präventiven (politischen) Maßnahmen sich als wirksam/unwirksam erweisen, um Jugendliche zu schützen und ihren Zigarettenkonsum zu reduzieren.

Methoden

Als Grundlage für die Analysen dienen die Daten der HBSC-Studie, die im Jahr 2014 erhoben wurden. Die nationalen Daten zur Tabakprävention wurden der „Tobacco Control Scale 2013 in Europe“ entnommen. Der Einfluss der jeweiligen Maßnahmen wurde nach vorhergehenden deskriptiven Analysen mit Hilfe von logistischen Regressionen und der Berechnung der entsprechenden Odds-Ratios ermittelt.

Ergebnisse

Die Erhöhung der Zigarettenpreise gilt als derzeit effizienteste Methode zur Reduktion der Raucherprävalenzen, diese Erkenntnis konnte eindeutig bestätigt werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass 15-jährige Schüler/innen rauchen, ist in Ländern mit niedrigen Zigarettenpreisen etwa doppelt so hoch als in Ländern in denen Zigaretten teuer sind. Abgesehen davon resultieren auch umfassende Regelungen zum Nichtraucherschutz, hohe nationale Ausgaben für Tabakprävention, sowie verbindlich vorgeschriebene Warnhinweise in einem verhältnismäßig geringeren Anteil von 15-jährigen Schüler/innen, die angeben zu rauchen.

Schlussfolgerungen

Für einzelne der untersuchten Maßnahmen lässt sich ein mehr oder weniger starker Einfluss auf das Rauchverhalten von Jugendlichen nachweisen, die vorliegenden Daten lassen jedoch darauf schließen, dass eine umfassende und konsequente Umsetzung einer Kombination aus verschiedenen Maßnahmen das effizienteste Vorgehen darstellt, wenn es um die Reduktion der Raucherraten bei Jugendlichen geht.

Parallel Session IVa
International Public Health



Area- and individual-level socioeconomic differences in health and health-risk behaviours in Slovak and Dutch cities

M. Behanova;

University of Groningen, Groningen, Netherlands.

Background

More than half of the world's population lives in cities. Cities are usually the places where health inequalities are most apparent. So far, evidence on the social determinants of health in urban neighbourhoods from Central European (CE) cities as well as on a comparison of CE and Western European (WE) cities is scarce.

Aims

To assesses urban health differences in two countries, Slovakia (CE country) and the Netherlands (WE country) in particular regarding the association between neighbourhood-level and individual-level socioeconomic characteristics and self-rated health, mental health and health-risk behaviours among adults (19-64 years olds) and elderly (65 years olds and above).

Methods

The study uses individual-level data collected through postal survey within the FP7 EURO-URHIS 2 project and area-level data from routinely available statistical sources. A representative sample regarding age and gender comprised of 1600 persons from each city was equally stratified by age groups (19-64, ≥ 65) and gender. In both countries all respondents received identical self-administered postal questionnaires. The overall response rate in Slovakia was 44.2% ($n=1296$) and in the Netherlands was 46.9% ($n=1484$).

Results

Poor self-rated health, mental health problems, overweight, binge drinking and physical inactivity occurred more frequently in more socioeconomically deprived areas in the 19-64 years age group in the Netherlands but not in Slovakia. Most of these area effects were due to the individual socioeconomic status of the residents, but the context seems to add to health problems, too. In Slovakia, no area health differences in either of the mentioned age groups was present. However, Slovak residents generally had a higher risk for most of the studied adverse outcomes.

Conclusions

In Slovakia the context of cities seems not to influence the health of residents; there it may be relevant to use public health strategies aimed at promoting healthy lifestyle at the community level in any type of neighbourhood. In the Netherlands, an effect of area deprivation on health was found; this supports to use public health strategies that in particular focus on mental well-being and risky behaviours in socioeconomically disadvantaged areas.

Japanese women's experiences of going through prenatal diagnostic testing in the United States and Austria - a qualitative study

Y. Seidler;

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

Background

In western industrialised countries, informed choice and informed consent is the fundamental guiding principal in prenatal diagnostic (PND) testing for pregnant women. Nevertheless, lower rates of informed choice are found among migrant women of non-western origin. While the influence of religion and culture on migrants' women experiences of PND testing is relatively well known, less is known of the influence of the screening practices in the women's country of origin. As of 2013, Japan is the only country among the United Nations Member States that makes abortion due to foetal anomaly illegal. Health personnel in Japan are not obliged to actively inform the availability of PND testing to pregnant women. Very little is known of Japanese women's experiences of PND testing in western countries where these tests are carried out as a routine part of prenatal check-ups.

Method

The study uses a qualitative descriptive phenomenological design based on in-depth interviews with 55 participants in the United States (U.S.) and Austria. In total, interview transcripts from 32 Japanese mothers (18 in the U.S; 14 in Austria); 16 of their spouses (5 in the U.S. and 11 in Austria); and 7 midwives and obstetricians (4 in the U.S. and 3 in Austria) were analysed. Local ethical approvals were obtained in both study locations, respectively.

Findings

Five themes were identified: 1) Passive attitude towards PND testing; 2) Going through tests without informed consent; 3) The way in which 'risk' is conveyed by health personnel; 4) The role and influence of spouses; and 5) Varying degree of quality and impact of pre-counselling.

Conclusion

Japanese women who undertake prenatal care in western industrialised countries are at higher risk of going through PND testing without informed consent. While some appreciated the availability and accessibility of PND testing in western countries, many women undertook the tests without proper knowledge, counselling or considering the consequences. Health literacy and language played an important role. In both the U.S. and Austria, there is a need to communicate risks and consequences of PNDs to non-native speaking pregnant women in a more comprehensive and appropriate way.



Explaining the impact of poverty on old-age frailty in Europe: Material, psychosocial and behavioural factors

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

Medical University of Graz/Institute of Social Medicine and Epidemiology, Graz, Austria.

Background

Previous research found poverty to be associated with adverse health outcomes among older adults but the factors that translate low economic resources into poor physical health are not well understood. The goal of this analysis was to assess the impact of material, psychosocial, and behavioural factors as well as education in explaining the poverty-health link.

Methods

28,360 observations from 11,390 community-dwelling respondents (65+) in the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2013, 10 countries) were analysed. Multilevel growth curve models were used to assess the impact of combined income and asset poverty risk on old-age frailty index (FI) levels and trajectories.

Results

In total, 61.8% of the variation of poverty risk on frailty level were explained by direct and indirect effects; thereby stressing the role of material but particularly psychosocial factors, such as perceived control and social isolation.

Conclusion

We suggest to strengthen social policy and public health efforts in order to fight poverty and its deleterious health effects from early age on as well as to broaden the scope of interventions with regard to psychosocial factors.

Prävalenz von Frailty bei Personen über 65 Jahren anhand des SHARE-FIs in 11 verschiedenen Ländern

S. Haider, I. Grabovac, T. E. Dorner;

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

Hintergrund

Frailty ist ein geriatrisches Syndrom, das zu Vulnerabilität, Institutionalisierung und erhöhter Mortalität führt. Ob jemand gebrechlich ist, kann mit dem "Frailty Instrument of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe" (SHARE-FI) quantifiziert werden. Dieses Instrument teilt Menschen in robust, prefrail (eine Vorstufe von Gebrechlichkeit) und frail. Besonders für die medizinische Primärversorgung wurde der SHARE-FI in internationalen Studien als geeignet und valide klassifiziert. Zur Prävalenz von Frailty gibt es bisher ausschließlich Publikationen, die andere Instrumente zur Operationalisierung einsetzen. Ziel dieser Arbeit war es die Prävalenz von Frailty in verschiedenen Ländern mittels SHARE-FI zu erheben.

Methoden

Für diese Analyse wurden die Daten der SHARE Studie (Welle 5; 2013), einer in elf Ländern regelmäßig durchgeführten Querschnittsreihe, herangezogen. Es wurden noch zu Hause lebende Personen über 65 Jahre eingeschlossen und persönlich interviewt und untersucht. Der SHARE-FI enthält vier einfache Fragen, zusätzlich wird die Handkraft mit einem Dynamometer erhoben. Die Prävalenz wurde deskriptiv ausgewertet; Unterschiede zwischen den Ländern wurden mit dem Chi-Quadrat-Test berechnet.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 20 596 Personen von 11 verschiedenen Ländern analysiert. 53,3% aller eingeschlossenen Personen waren weiblich. Das Alter lag im Mittel bei 76,6 (Standardabweichung 32,7) Jahren. 74% wurden als robust, 16,6% als prefrail und 8,7% als gebrechlich eingestuft. In Österreich waren 78,7% robust, 14,5% prefrail und 6,5% frail. Die nach Ländern stratifizierte Analyse wird in Tabelle 1 dargestellt. Dabei bestanden signifikante Unterschiede ($p < 0,000$).

Tabelle 1: Gebrechlichkeitsstatus in den Ländern

	n	Robust %	Prefail %	Frail %
Dänemark	1169	78,1%	14,5%	7,4%
Deutschland	2062	83,8%	10,7%	5,5%
Frankreich	1949	71,2%	18,6%	10,2%
Griechenland	1715	70,6%	20,2%	9,3%
Israel	1443	65,1%	21,1%	13,9%
Italien	1874	68,0%	20,3%	11,7%
Niederlande	2056	81,9%	12,2%	5,9%
Österreich	1082	78,7%	14,5%	6,5%
Schweden	2250	84,4%	11,8%	3,8%
Schweiz	702	84,4%	12,3%	3,3%
Spanien	1699	58,9%	25,5%	15,6%

Schlussfolgerungen

Die Daten belegen, dass Gebrechlichkeit bei noch zu Hause lebenden Personen häufig vorkommt. Hierbei gibt es große Unterschiede zwischen den Ländern, wobei sich ein deutlicher Nord-Süd-Gradient abzeichnet. In Österreich ist ein Fünftel der älteren Bevölkerung von mindestens einer Vorstufe von Frailty betroffen. Diese Personen und noch viele mehr in dieser Altersgruppe würden von Maßnahmen zur rechtzeitigen Erkennung, Gesundheitsförderung und Prävention profitieren.

Parallel Session IVb

Lebensstil





Zucker-gesüßte Getränke und Gewichtszunahme bei Kindern und Erwachsenen: eine systematische Übersichtsarbeit von 2013 bis 2015 und ein Vergleich mit früheren Studien

M. Luger^{1,2}, E. Luger^{1,2}, A. Rieder², F. Hoppichler^{1,3}, N. Farpour-Lambert^{4,5};

¹Special Institute for Preventive Cardiology And Nutrition – SIPCAN, Salzburg, Austria, ²Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health, Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin, Wien, Austria, ³Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg, Abteilung für Innere Medizin, Salzburg, Austria, ⁴The European Association for the Study of Obesity – EASO, London, United Kingdom, ⁵University Hospital of Geneva and University of Geneva, Department of Community Health, Primary Care and Emergency, Service of Therapeutic Education for Chronic Diseases, Genf, Switzerland.

Hintergrund

Teils widersprüchliche Ergebnisse von früheren Studien und Übersichtsarbeiten haben die Diskussionen über die Auswirkungen von zucker-gesüßten Getränken auf die Adipositasentwicklung angeheizt. Das Ziel war es daher, die aktuelle Evidenz bei Kindern und Erwachsenen systematisch zu überprüfen.

Methoden

Als Quellen für die Literaturrecherche von Januar 2013 bis Oktober 2015 wurden folgende Datenbanken verwendet: MEDLINE, EMBASE und Cochrane Library. Eingeschlossen wurden prospektive Kohortenstudien und randomisierte kontrollierte Studien (RCT), welche die Aufnahme von zucker-gesüßten Getränken und Outcome-Parameter des Körpergewichtes wie z.B. BMI, BMI Z-Score, Bauchumfang, Körperfettmasse oder Körpergewicht, bei Kindern und Erwachsenen untersuchten.

Ergebnisse

Es wurden 1612 Zitierungen identifiziert und nach Screening der Titeln und Abstracts wurden 48 Artikeln für die Volltext-Überprüfung ausgewählt. Davon erfüllten 30 Artikel (n=20 prospektive Kohortenstudien und n=10 RCTs) die Einschlusskriterien. Die Ergebnisse der prospektiven Kohortenstudien (96%; n=26) zeigten eine positive Assoziation zwischen der Aufnahme an zucker-gesüßten Getränken und Outcome-Parameter des Körpergewichts bei Kindern und Erwachsenen (n=242.352). Eine prospektive Kohortenstudie bei Kindern konnte keine Assoziation zwischen der Aufnahme von zucker-gesüßten Getränken und Körperfett vorweisen. Die Resultate aller RCTs (n=4) zeigten ebenfalls, dass der Konsum von zucker-gesüßten Getränken einen Einfluss auf den BMI und BMI Z-Score hat. Jedoch gibt es nur wenige RCTs (drei bei Kindern, eine bei Erwachsenen). Zudem war keine Studie von der Industrie finanziert. Um die kürzlich veröffentlichten Studien mit früheren Studien zu vergleichen wurde die Arbeit von Malik et al. (2013) herangezogen. Die aktuellen Studien unterstützen die Ergebnisse der systematischen Übersichtsarbeit von Malik et. al. Die Anzahl der veröffentlichten Studien hat sich von 32 innerhalb 22 Jahre (Malik et al.; 1990-2012) auf 30 innerhalb 3 Jahren (2013-2015) erhöht. Zudem hat sich auch die Studienqualität verbessert: 63% nach 2013 im Vergleich zu 50% vor 2012 zeigten eine gute Studienqualität.

Schlussfolgerungen

Zusammengefasst, deuten die jüngsten Erkenntnisse darauf hin, dass der Konsum von zucker-gesüßten Getränken positiv mit den Outcome-Parametern des Körpergewichts bei Kindern und Erwachsenen assoziiert ist. Durch die Kombination der bereits veröffentlichten Evidenz mit der aktuelleren kann man daraus schließen, dass Public Health Strategien notwendig sind, die den hohen Konsum von zucker-gesüßten Getränken reduzieren und gesunde Alternativen wie z.B. Wasser fördern.

Schnittstellenmanagement: Von der Kur in das JACKPOT.fit Programm

L. Großschädl¹, A. Strehn², W. Ruf³, S. Titze³, C. Lackinger⁴;

¹Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Graz, Austria, ²Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Eisenstadt, Austria, ³Institut für Sportwissenschaft, Universität Graz, Graz, Austria, ⁴Sportunion Österreich, Wien, Austria.

Hintergrund

Körperlich inaktive Steirerinnen und Steirer sollen nach einem Kuraufenthalt ein sportvereinsbasiertes Bewegungsprogramm in ihrer Wohnortnähe besuchen. Durch diese standardisierten Unterstützungsangebote, die einheitlich „JACKPOT.fit“ genannt werden, sollen dauerhaft die Mindestkriterien der Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung erreicht werden. Während des Kuraufenthaltes werden Personen aus 8 Pilotregionen über das Bewegungsprogramm informiert und zur Teilnahme daran motiviert. Von 68 Kureinrichtungen österreichweit, unterstützen 44 Einrichtungen das Projekt. Im Zuge der Prozessevaluation wurde erhoben, wie die Kureinrichtungen das Schnittstellenmanagement in der Praxis durchführen. Somit wurde untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen der Umsetzung des Schnittstellenmanagements und des Rekrutierungserfolges für die JACKPOT-Programme gibt.

Methoden

Kontaktpersonen von 21 Kureinrichtungen wurden mittels Leitfadeninterview zu den Umsetzungsprozessen befragt. Erfasst wurden folgende Bereiche/Kategorien: 1) in welchem Interventionsrahmen wird der Prozess umgesetzt, 2) welche sind die am Schnittstellenmanagement beteiligten Berufsgruppen und 3) wie wird die Information und Motivation im Verlauf der Kur zeitlich eingegliedert. Zusätzlich wurden für die Auswertung Parameter, die im Rahmen der Studie dokumentiert wurden, genutzt.

Ergebnisse

Bis dato gibt es keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen den unterschiedlichen Prozessen in den Kureinrichtungen und dem Rekrutierungserfolg für die Teilnahmen am JACKPOT.fit - Programm. Auffällig ist, dass 1/3 der Personen, die nach der Kur in das JACKPOT.fit -Bewegungsprogramm übergegangen sind, aus drei Kureinrichtungen kommen. Zwei dieser Einrichtungen bieten den PatientInnen ein JACKPOT-Beratungsgespräch durch PhysiotherapeutInnen bzw. SportwissenschaftlerInnen an. In einer der Einrichtungen findet es individuell statt, in der anderen Einrichtung in der Gruppe, jeweils zu einem Zeitpunkt in der Mitte des Aufenthalts. Die dritte Einrichtung informiert ihre PatientInnen sowohl zu Beginn der Kur als auch während aller drei ärztlichen Untersuchungen über das JACKPOT.fit -Programm.

Schlussfolgerungen

Ziel der Intervention ist es, dass alle Kurgäste aus den steirischen Projektregionen in einer standardisierten Art und Weise über das JACKPOT.fit Bewegungsprogramm informiert werden. Die Tatsache, dass sich die drei Kureinrichtungen mit dem größten Rekrutierungserfolg in den erhobenen Parametern unterscheiden, lässt darauf schließen, dass andere Faktoren, wie beispielsweise die generelle Identifizierung der Einrichtung mit dem Projekt, ausschlaggebend für den Rekrutierungserfolg sind. Somit ist es wichtig, den Kontakt zu den Einrichtungen gut zu pflegen und das Projekt in den Kureinrichtungen noch präsenter zu machen.



Zur Gesundheit der Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen in Oberösterreich. Eine deskriptive Querschnittstudie

H. Freudenthaler;

Kepler Universitätsklinikum GmbH, Linz, Austria.

Studien an Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen bzw. -studentInnen zeigten, dass deren gesundheitsrelevante Lebensweisen und deren Gesundheitszustand im Vergleich zur Gesamtbevölkerung signifikant weniger beachtet bzw. praktiziert wurden. Dabei sind Auszubildende in Gesundheitsberufen schon während der Ausbildung hohen Belastungen, wie z.B. Zeitdruck, seelisch belastender und aufreibender Arbeit, Hebetätigkeiten, ständigem Wechsel der Arbeitsabläufe ausgesetzt.

Ziel dieser Studie war es Daten zum Gesundheitsempfinden und -verhalten der Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege in Oberösterreich zu erheben und darzustellen. Für die Untersuchung wurde ein deskriptives Querschnittsdesign gewählt. Insgesamt konnten 689 Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen von fünf oberösterreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeschulen in die repräsentative Cluster-Stichprobe aufgenommen werden. Die Erhebung der Daten erfolgte mittels Selbstausfüller-Fragebogen.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass auch die oberösterreichischen Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen im Vergleich zur altersäquivalenten Bevölkerung, aber auch im Vergleich zu den österreichischen SchülerInnen ihre Gesundheit schlechter einschätzen, verstärkt psychische und physische Beschwerden aufweisen und in ihrem Gesundheitsverhalten deutlich schlechter abschneiden.

Dabei könnte die Vermittlung ein umfassendes Verständnis von Gesundheit und Wohlbefinden inklusive den entsprechenden Aktivitäten zu deren Förderung in Schule und Praktikum, eine individuelle Veränderung des Gesundheitsbewusstseins und -verhaltens in Gang setzen und so für die Gesundheit der Auszubildenden, aber in weiterer Folge auch für die Gesundheit der durch die Auszubildenden betreuten Personengruppe förderlich sein.

Schlüsselwörter: Gesundheitsempfinden, Gesundheitsverhalten, Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen bzw. -studentInnen, Lifestyle

Gesundheitsförderliche Aspekte der graphischen Warnhinweise auf Zigarettenpackungen

M. R. Jesenko, E. Groman;
Nikotin Institut, Vienna, Austria.

Das Rauchen von Zigaretten ist einer der häufigsten Gründe für die Entstehung von Lungenkrebs, chronisch obstruktiven Erkrankungen (COPD) und weiteren negativen Einflüssen auf den menschlichen Körper. Die Textwarnungen auf Zigarettenpackungen gibt es schon länger. Mit der Tabakgesetzesnovelle 2016 ist es verpflichtend für die Tabakindustrie graphische Warnhinweise auf den Verpackungen anzubringen. Um deren mögliche gesundheitsförderliche Wirkungen festzustellen, führen wir einen systematischen Review durch und vergleichen die Ergebnisse aus verschiedenen Industriestaaten.

Es wird eine Literaturrecherche mit im Vorhinein festgelegten Suchwörtern „(Cigarette or tobacco or smoking) and (packaging or packs or appearance or warning) and (health promotion or promotion of health)“ auf PubMed und Embase durchgeführt. Die Ergebnisse werden mittels Checklisten verglichen und je nach Kriterien in unserer Studie ein- bzw. ausgeschlossen. Von den anfänglichen 328 Arbeiten blieben genauer Analyse 10 Studien übrig. Von diesen zeigten 8 Studien einen positiven Effekt der graphischen Warnhinweise auf verschiedene Aspekte der Gesundheitsförderung hinsichtlich des Tabakkonsums. Nur in zwei Arbeiten konnte kein Zusammenhang diesbezüglich festgestellt werden.

Es zeigt sich, dass die graphischen Warnhinweise vor allem im Bereich der Aufhörversuche, der Vermeidung, dem Abstinenzverhalten und der Salienz bzw. kognitiven Reaktion ihre Wirkung zeigen. Auf den direkten Rauchstopp hatten sie lediglich eine gering positive Wirkung. Österreich sollte den Vorschlägen der europäischen Krebsliga folgen und durch eine Erhöhung der Zigarettenpreise, Erhöhung des erlaubten Alters für Tabakkonsum, mehr Ausgaben im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sowie im Hinblick auf neutrale Verpackungen die Tabakkontrollmaßnahmen weiter verstärken. Die Einführung der graphischen Warnhinweise und das bald folgende Rauchverbot in Betrieben ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung und wird Österreich hoffentlich von seinem letzten Platz des europäischen Rankings befreien.

Parallel Session IVc

Mixed Public Health





Big Data = Big Public Health?

C. A. Habl, J. Bobek;

Gesundheit Österreich GmbH, Vienna, Austria.

Big Data ist zwar eines der aktuellen Modeworte im Gesundheitswesen, aber das Potential, das in einer konzisen und effizienten Analyse von Gesundheitsdaten für die öffentliche Gesundheit steckt, darf nicht unterschätzt werden. Die Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungsgesellschaft wurde gemeinsam mit SOGETI in Luxemburg von der EU Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit beauftragt, bestehende „Good-Practice“ Beispiele zu identifizieren und Empfehlungen abzuleiten.

Methoden

Auf Basis einer systematischen Literaturrecherche und mit dem Input eines Expertengremiums wurden 10 Big Data Anwendungen im Bereich öffentliche Gesundheit u/o Telemedizin identifiziert und an die Politik (z.B. EU eHealth Netzwerk) adressierte Empfehlungen abgeleitet, die einer SWOT-Analyse unterzogen wurden. Die Expertinnen und Experten stammten aus den Bereichen Verwaltung, IT, Datenverarbeitung, Systembetreiber bzw. waren Patienten-, Ärzte-, und Industrievertretern und -Vertreterinnen. Die Einbindung der Expertengremien und Stakeholder erfolgte mittels Delphi-Methode.

Ergebnisse

Empfehlungen „policy recommendations“ wurden in den folgenden zehn Feldern formuliert: 1) Positives Bewusstsein für Big Data schaffen, 2) Ausbildung und Training, 3) Datenquellen, 4) Freie Verfügbarkeit von Daten und Datenaustausch, 5) Zweckorientierung, 6) Sorgfältige Datenanalyse, 7) Stärkung der Zugänglichkeit und der Governance, 8) Weiterentwicklung von Standards, 9) Sicherstellen der Finanzierung, 10) Rechtliche Bestimmungen und Privatschutz im Licht der europäischen General Data Protection Regulation (EU) 2016/679.

Schlussfolgerungen

Die Empfehlungen zielen darauf ab, die Gesundheit der europäischen Bürgerinnen und Bürger sowie die Gesundheitssysteme zu stärken, ohne dabei den Schutz sensibler Daten zu gefährden. Die Stakeholder und vor allem die Patientinnen/Patienten benötigen mehr Information, um die Vorteile von Big Data nutzen und schätzen zu können. Die Mitgliedstaaten sind daher aufgefordert eine Kommunikationsoffensive zu starten.

Unfreiwillige Unterbringung in der Psychiatrie in Österreich. Vielversprechende Ansätze zur Qualitätsverbesserung in einem äußerst sensiblen Bereich der Krankenversorgung.

*S. Sagerschnig, M. Nowotny, J. I. Ladurner;
Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Austria.*

Unfreiwillige Unterbringung in der Psychiatrie. Vielversprechende Ansätze zur Qualitätsverbesserung in einem äußerst sensiblen Bereich der Krankenversorgung

Hintergrund

Das Unterbringungsgesetz (UbG) ist ein Gesetz zum Schutz der Persönlichkeitsrechte von PatientInnen in einem äußerst sensiblen Bereich der Krankenversorgung. Auch wenn das Gesetz theoretisch einen österreichweit einheitlichen Rahmen bietet, bestehen in der praktischen Anwendung erhebliche regionale sowie auch standortspezifische Unterschiede, die auf eine Vielzahl von Faktoren zurückzuführen sind.

Methoden

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) erhebt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF) seit 2005 Daten zur Vollziehung des UbG. Ziel der Arbeiten ist es eine größere Transparenz zu Praxis und Vollziehung des UbG herzustellen und damit einen Beitrag zur Förderung einer bestmöglichen Versorgungsqualität im Sinne der PatientInnen zu leisten. Durch die GÖG-Arbeiten liegt eine für Österreich einzigartig umfassende und österreichweit vergleichbare Datengrundlage vor. Einerseits stellen Daten den gesamten Unterbringungsverlauf (Aufnahme, Aufenthalt im Krankenhaus, gerichtliche Verfahren) in seiner Chronologie dar, andererseits bilden die Daten alle Perspektiven der diversen in die Unterbringung involvierten Akteure (Krankenhäuser, Patientenanwaltschaft, Bezirksgerichte) ab. Daten unterschiedlicher Quellen werden zu einem Gesamtbild zusammengeführt. In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass die o.a. Datenauswertungen zu einigen Fragestellungen jedoch nur bedingt zufriedenstellende Antworten liefern. Um die vielen Einflussfaktoren auf die Unterbringungshäufigkeit oder auch potenzielle Auswirkungen gesetzlicher Änderungen auf die Praxis besser zu verstehen, wurden die Auswertungsergebnisse im Rahmen von sogenannten Expertengesprächen (unter Einbindung aller UbG-AkteurInnen) mit Praxiserfahrungen angereichert, diskutiert und Erklärungsansätze generiert.

Ergebnisse

Das UbG definiert den rechtlichen Rahmen. Die Daten erzeugen einen Überblick über die österreichische Versorgungssituation, wobei die Vielfalt der Dokumentation und Daten anhand konkreter Beispiele deutlich wird. Für viele Indikatoren sind inzwischen über einige Jahre stabile österreichweit vergleichbare Daten verfügbar. Limitationen sowie Herausforderungen bei der Sammlung, Analyse und Interpretation der Daten werden detailliert erfasst und kritisch beleuchtet. Die gemeinsame, über alle Perspektiven reichende, Auseinandersetzung mit den Daten sowie mit ausgewählten Fachthemen im persönlichen Austausch unterstützt den Wissenstransfer zwischen Policy und Practice auf eine optimale Weise und liefert neue Erkenntnisse und Erklärungsansätze. Im Rahmen des Projekts wird an einem Modell zur Darstellung von Einflussfaktoren auf die Unterbringung gearbeitet. Darüber hinaus werden laufend Empfehlungen für Forschung, Verwaltung und Praxis formuliert.



Gesundheitskompetenz von Führungskräften und MitarbeiterInnen - Ansätze für das Betriebliche Gesundheitsmanagement

F. M. Schnabel, B. Szabo, E. Gollner;

Fachhochschule Burgenland, Campus 1, Eisenstadt, Austria.

Hintergrund

Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung als zentrale Gesundheitsdeterminante weckt seit einigen Jahren ein zunehmendes Interesse bei zentralen Stakeholdern der Politik sowie Akteur/innen des Gesundheitswesens (Denysiuk, 2016). So wurde dem Thema beispielsweise ein eigenes Rahmen-Gesundheitsziel in Österreich gewidmet. Dass es Bedarf zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in Österreich gibt, zeigen die Ergebnisse der HLS-EU-Studie (Fousek et al., 2012). Bislang eher wenig Aufmerksamkeit wurde trotz der Tatsache, dass Erwachsene etwa 2/3 ihrer Tageszeit an ihrem Arbeitsort verbringen, auf die explizite Betrachtung von Gesundheitskompetenz in Betrieben gelegt. Damit sind das Wissen sowie die Fähig- und Fertigkeiten von Mitarbeiter/innen und Führungskräften gemeint, ihren Arbeitsalltag gesund zu gestalten.

Methodik

Im Rahmen eines Forschungsprojektes wurde ein Fragebogen zur Messung der Gesundheitskompetenz von Mitarbeiter/innen und Führungskräften in burgenländischen Betrieben entwickelt und eingesetzt. Die Items wurden theoriegeleitet und modellgestützt formuliert und orientierten sich an bereits bestehenden validen Fragebogentools. Die betriebliche Gesundheitskompetenz wurde über die Dimensionen Fachwissen (z.B. Wissen über das Thema Sicherheit am Arbeitsplatz), Methodenkompetenz (z.B. Umgang mit gesundheitsförderlichen Ressourcen im Arbeitsprozess), Sozialkompetenz (z.B. Kommunikationskompetenz bei Fragen zu Sicherheit und Gesundheit) und personale Kompetenz (z.B. Schutzfaktoren im Umgang mit arbeitsbezogenen Risiken) anhand von insgesamt 13 Items operationalisiert. Basis der Auswertung bildeten die Datensätze von 410 Mitarbeiter/innen und 51 Führungskräften im Burgenland.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Befragung zeigen bei beiden Zielgruppen einen sehr guten Gesamtindex (1,5: Führungskräfte; 1,6 Mitarbeiter). Da es sich hierbei um eine Selbsteinschätzung im Rahmen einer Baselineerhebung handelt kann methodisch von einer systematischen Überschätzung bei beiden Gruppen ausgegangen werden. In den Subdimensionen zeigen sich Indexwerte von 1,4-1,6 bei beiden Gruppen.

Schlussfolgerungen

Die Steigerung der Gesundheitskompetenz von Mitarbeiterinnen und Führungskräften ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor bei der Implementierung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement. Die positiven Werte der Befragung relativieren sich sobald beide Gruppen aktiv im Prozess eingebunden sind. Verhaltensorientierte Maßnahmen im Bereich Gesundheitskompetenz im Zuge der Personalentwicklung und Führungskräfteentwicklung sind Bedingungen für zu verändernde organisationale Strukturen in Richtung gesunde Organisation. Gesundheitskompetenz ist ein Querschnittsthema das alle Managementprozesse im Unternehmen betrifft - daher ist es unerlässlich, dass ein organisationales Bewusstsein geschaffen wird - einer der Aufgaben von ganzheitlichem Betrieblichem Gesundheitsmanagement

Die Organisationskultur als Ansatzpunkt zur zielgruppenspezifischen Förderung der Gesundheit ganzer Organisationen

B. A. Szabo, E. Gollner, F. Schnabel;
Fachhochschule Burgenland, Pinkafeld, Austria.

Hintergrund

Die Bevölkerungsgruppe der berufstätigen Erwachsenen verbringt etwa zwei Drittel ihrer Tageszeit am Arbeitsplatz (Neuner, 2016, S. 3). Die dortigen Arbeitsbedingungen haben gemäß dem Gesundheitsdeterminantenmodell von Dahlgren & Whitehead (1991) einen Einfluss auf die Gesundheit. In den letzten Jahren stieg, aufgrund der Krankenstandsstatistik, die gesellschaftliche Aufmerksamkeit für die psychische Gesundheitskomponente am Arbeitsplatz (Leoni, 2015), wobei die Organisationskultur gemäß dem Culture-Work-Health Model von Peterson & Wilson (2002) aus Public Health Perspektive einen wichtigen Ansatzpunkt zur Förderung der (psychischen) Gesundheit ganzer Organisationen darstellt.

Methodik

Ausgangspunkt der Untersuchung war die Vermutung von Ahrens & Goldgruber (2010), wonach der Wert, der dem Thema Gesundheit in Organisationen eingeräumt wird, in hohem Maß kulturell geprägt ist. Sie ordneten vier von Weißmann (2004) definierte Kulturtypen auf einem Kontinuum zwischen den Polen „gesundheitsförderlich“ und „nicht gesundheitsförderlich“ an und definierten, welches betriebliche Gesundheitskonzept für welchen Kulturtyp am passendsten erscheint. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, diesen postulierten Zusammenhang detailliert zu analysieren. Basierend auf den Erkenntnissen sollten Ansatzpunkte für die praktische Gesundheitsförderungsarbeit in Organisationen gefunden werden. Hierzu wurde ein quantitatives Befragungsinstrument entwickelt, welches in Online- und Papierform in 45 österreichischen Unternehmen Einsatz fand.

Ergebnisse

Der Großteil der Stichprobe (n = 2.474 Führungskräfte und MitarbeiterInnen) ist im Gesundheitswesen (39%) oder im sonstigen Dienstleistungsbereich (35%) tätig. Ein Drittel der Organisationen ließ sich dem Kulturtyp Patriarchat, welcher sich durch Hierarchismus, Professionalität und Individualismus auszeichnet, zuordnen. Bei 29% der Unternehmen ergab die Kulturtypbestimmung den Kulturtyp „Taskforce“ (rationale Überlegungen im Vordergrund), bei 21% Bürokratie (hoher Stellenwert von Status, Macht und Autorität) und bei 17% „Community“ („Wertegemeinschaften“). Einfaktorielle Varianzanalysen inkl. Post-Hoc-Tests zeigten, dass Taskforce- und Communityunternehmen im Vergleich zu Patriarchat- und Bürokratieunternehmen dem Thema Gesundheit - abgebildet durch die Dimensionen Arbeitsorganisation und -bedingungen, Führungsverständnis, Menschenbild, Gesundheitsverständnis und Sicherheitsmanagement - einen signifikant höheren Stellenwert zuschreiben.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse bestätigen die These, dass der Kulturtyp einer Organisation an die organisationale Bedeutung des Themas Gesundheit und in weiterer Folge die Umsetzung von Betrieblicher Gesundheitsförderung gekoppelt ist. Dies zeigt die Bedeutung einer zielgruppen- und organisationsspezifischen Herangehensweise an das Thema Gesundheit in Unternehmen auf, wobei die Berücksichtigung des Prinzips der Partizipation der Gesundheitsförderung bei der Maßnahmenplanung und -umsetzung unabdingbar ist.

Posterpräsentationen Ia





Prävalenz von ADHS und Hepatitis C in einer Hochrisikogruppe - Personen in Haft in Opioiderhaltungstherapie

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

Medical University of Vienna, Vienna, Austria.

Hintergrund

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) tritt gehäuft bei Personen mit Substanzkonsumstörung auf. Die Behandlung der ADHS birgt auch die Möglichkeit impulsiven Verhalten, das zu Delinquenz führen kann, vorzubeugen. Das generell erhöhte Risiko von Personen mit intravenösem Substanzkonsum sich mit infektiösen Erkrankungen wie Hepatitis C (HCV) zu infizieren ist bekannt. Gehäuft finden sich diese beiden Diagnosen bei Personen in Haft. Für Österreich existieren keine rezenten Daten zu HCV und ADHS betreffend Personen in Haft in Opioiderhaltungstherapie.

Methoden

Nach Genehmigung des Justizministeriums und der Ethikkommission wurden standardisierte psychiatrische Interviews in verschiedenen österreichischen Justizanstalten vorgegeben. Das Vorliegen einer ADHS wurde retrospektiv für die Kindheit und zum Zeitpunkt der Studie erfasst. Daten zum Substanzkonsum, forensische Anamnese und psychiatrische Komorbiditäten wurden systematisch erhoben. Die Abklärung von HCV wurde mittels Antikörpernachweis, PCR Analyse und Genotypisierung durchgeführt.

Ergebnisse

Im ADHS Screening scoren 49% der Teilnehmer (N=134) für eine ADHS in der Kindheit; zum Untersuchungszeitpunkt weisen noch immer 16% der Gesamtstichprobe eine ADHS auf. Eine medikamentöse Behandlung bzgl. ADHS erhalten 3% der Stichprobe. An psychiatrischen Komorbiditäten wurde bei 21% eine akute Major Depression, 13% Panikstörungen und 56% antisoziale Persönlichkeitsstörung nachgewiesen. Im Rahmen der OMT erhielten 48% Methadon (mittlere Dosierung 42 mg/täglich), gefolgt von 24% Levomethadon (mittlere Dosierung 21 mg/täglich), 14% orale-retardierte Morphine (mittlere Dosierung 671 mg/täglich) und 14% Buprenorphin (mittlere Dosierung 8 mg/täglich). Hepatitis C Antikörper wurden bei 72% gefunden, eine positive Viruslast bei 40%, speziell häufig Genotyp 1a (27%). Eine medizinische Therapie der HCV war bei keiner der Personen zum Zeitpunkt der Untersuchung implementiert.

Schlussfolgerungen

Erwartungsgemäß bestätigt diese Untersuchung die hohe Prävalenz der ADHS und HCV bei Personen in Haft in Opioiderhaltungstherapie. Während die medizinische Therapie der Opioidabhängigkeit voll umgesetzt ist, bedarf es einer Implementierung der Hepatitis C und ADHS Therapie in Haft. Vom Public Health Standpunkt ist eine Therapie von HCV zu begrüßen, da dadurch das Risiko einer Infektion für die Gesamtbevölkerung reduziert wird. Gleichfalls würde eine effektive ADHS Therapie das delinquente Verhalten in dieser Risikogruppe reduzieren.

Zusammenhang zwischen Arbeitsumgebung und subjektiver Arbeitsfähigkeit in Kleinunternehmen im Burgenland

I. Grabovac¹, E. Luger¹, **S. Haider¹**, M. Migschitz², C. Schnitter², T. E. Dorner¹;

¹Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health, Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin, Wien, Austria,

²SPORTUNION Burgenland, Eisenstadt, Austria.

Hintergrund

Arbeitsunfähigkeit und Frühpensionierungen gewinnen aufgrund der damit verbundenen persönlichen und volkswirtschaftlichen Defizite in Österreich zunehmend an Bedeutung. Daher rückt auch die Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit immer mehr in den Public Health Fokus. Ein Schlüsselaspekt der Arbeitsfähigkeit (Workability) ist die Balance zwischen persönlichen Ressourcen und Arbeitsanforderungen, die die Arbeitsumgebung, die Gemeinschaft, den Inhalt und die Organisation der Arbeit einschließen, zu bewahren. Das Ziel dieser Studie war es zu beurteilen, wie die Wahrnehmung der Gesundheits- und Belastungssituation im Betrieb die subjektive Arbeitsfähigkeit beeinflusst.

Methoden

26 Kleinunternehmen aus dem Burgenland wurden in die Studie eingeschlossen. Die ArbeitnehmerInnen wurden im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprojektes an ihren Arbeitsplätzen gebeten einen Fragebogen auszufüllen. Dieser beinhaltete neben sozio-demographischen Daten auch den „Gesundes Arbeiten-Fragebogen“ (KMU-vital der Gesundheitsförderung Schweiz) und den „Workability-Index“ (WAI, Arbeitsfähigkeitsindex). Der Fragebogen „Gesundes Arbeiten“ schafft ein umfassendes Bild von der Gesundheits- und Belastungssituation. Der WAI besteht aus sieben verschiedenen Dimensionen, wobei der Gesamtwert die Arbeitsfähigkeit in schlechte (7-27 Punkte), mäßige (28-36 Punkte), gute (37-43 Punkte) und sehr gute (44-49 Punkte) Arbeitsfähigkeit kategorisiert.

Ergebnisse

Von 241 ArbeitnehmerInnen waren 40% (n=102) zwischen 40-49 Jahre alt und 56% (n=146) waren Frauen. 45% der ArbeitnehmerInnen (n=102) empfanden ihre gesundheitlichen Voraussetzungen für die Arbeitsfähigkeit als gut, 39% (n=92) als sehr gut. Das multivariate lineare Regressionsmodell zeigte, dass die Domänen „Körperliche Beanspruchung und Arbeitsumgebung“ ($B=0.22$, $p=0.008$), „Ich und das Unternehmen“ ($B=0.23$, $p=0.016$), „Körperliche Beschwerden“ ($B=0.31$, $p<0.001$) und „Gefühlszustand“ ($B=0.19$, $p=0.013$) des „Gesundes Arbeiten-Fragebogens“, mit dem WAI-Gesamtwert assoziiert waren.

Schlussfolgerung

Die Wahrnehmung der Gesundheits- und Belastungssituation im Betrieb steht in Zusammenhang mit der subjektiven Arbeitsfähigkeit. Nicht nur individuelle körperliche und klassische gesundheitliche Faktoren haben einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, sondern auch Managementstrukturen im Betrieb, die Arbeitsumgebung und corporate identity.



Arbeitsfähigkeit und Muskelkraft bei Patienten und Patientinnen mit Rheumatoider Arthritis

C. Berner^{1,2}, L. Erlacher^{1,2}, T. Lamprecht², **K. H. Fenzl²**, T. E. Dorner³;

¹Kaiser Franz Josef Hospital, Vienna, Austria, ²Karl Landsteiner Institute for Autoimmune Diseases and Rheumatology, Vienna, Austria, ³Institute of Social Medicine, Centre for Public Health, Medical University of Vienna, Vienna, Austria.

Hintergrund

Rheumatische Erkrankungen wie die rheumatoide Arthritis (RA) können zu einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit und auch zu vorübergehender oder dauerhafter Arbeitsunfähigkeit führen. Die Arbeitsfähigkeit bei Rheumapatientinnen und -patienten scheint multifaktoriell beeinflusst zu werden. Bis dato standen Schmerz und Gelenksproblematiken im Vordergrund, da diese direkt zu einer funktionellen Einschränkung führen. Viele Rheumapatientinnen und -patienten weisen jedoch auch eine reduzierte Muskelkraft auf. Die Unterschiede hinsichtlich Muskelkraft und anderer klinischer Parameter bei RA Patientinnen und Patienten mit guter im Vergleich zu schlechter Arbeitsfähigkeit sind Gegenstand dieser Studie.

Methode

An einer Wiener Rheumaambulanz mit Tagesklinik wurden („erwerbsfähige“) seropositive RA Patientinnen und Patienten im Alter von 18 - 65 Jahren in diese Querschnittstudie eingeschlossen. Die subjektiv bewertete Arbeitsfähigkeit wurde mittels Workability Score erhoben. Die Kraftmessungen umfassten die Handgreifkraft sowie die Musculus quadriceps femoris Kraft, jeweils gemessen mittels Dynamometer. Zusätzlich wurde die Funktionsfähigkeit der unteren Extremitäten mit der Short Physical Performance Battery (SPPB) untersucht. Die Erhebung der Krankheitsaktivität erfolgte mittels Clinical Disease Activity Index (CDAI), Schmerz mittels visueller Analogskala von 1-10 und der Grad der allgemeinen Funktionseinschränkung mittels des Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ -DI).

Ergebnisse

Daten von 93 Personen konnten analysiert werden, von Diesen bewerteten 38,7% ihre Arbeitsfähigkeit als kritisch, 16,1% als mäßig, 35,5% als gut und 9,7% als exzellent. RA Patientinnen und Patienten mit kritisch bis mäßiger Arbeitsfähigkeit wurde mit jenen mit guter bis exzellenter Arbeitsfähigkeit verglichen. Mehr Frauen als Männer schätzen ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit als gut ein und Personen mit guter Arbeitsfähigkeit waren signifikant jünger, hatten eine kürzere Krankheitsdauer und eine signifikant niedrigere momentane Krankheitsaktivität und eingehender weniger Schmerzen. Sowohl die Handkraft und noch deutlicher der Kraftgrad des Musculus quadriceps femoris sowie auch der SPPB als Maß für die Funktionsfähigkeit der unteren Extremitäten als auch die allgemeine Funktionsfähigkeit waren höher bei Patientinnen und Patienten mit besserer Arbeitsfähigkeit.

Schlussfolgerung

Neben dem Alter, der aktuellen Krankheitsaktivität und dem Schmerzgrad sind die Kraft und Funktionsfähigkeit der unteren Extremitäten mehr noch als die Handkraft mit der Arbeitsfähigkeit assoziiert. Eine Optimierung der Therapie sowie mögliche physiotherapeutische Interventionen zur Muskelkraftstärkung und Funktionsverbesserung der unteren Extremitäten könnte einen positiven Effekt auf die Arbeitsfähigkeit bei Rheumapatientinnen und -patienten haben.

N = 93	ritische/mäßige Arbeitsfähigkeit	Gute/exzellente Arbeitsfähigkeit	1p-value
Geschlecht			
Männlich,n (%)	21 (67,7)	10 (32,3)	0.083
Weiblich,n (%)	30 (48,4)	32 (51,6)	
Alter, Jahre; Mittelwert (SD)	53.6 (7.1)	46.3 (11.3)	0.002*
Krankheitsdauer, Monate; Mittelwert (SD)	129.1 (130.2)	83.5 (78.2)	0.149
CDAI; Mittelwert (SD)	10.9 (9.1)	6.3 (6.8)	0.014*
VAS; Mittelwert (SD)	4.6 (2.1)	2.45 (1.3)	<0.001**
Muskelkraft, Nm; Mittelwert (SD)			
Handkraft rechts	273,6 (170,6)	319,7,6 (129,4)	0.048*
Handkraft links	265,8 (146,1)	288,3 (129,4)	0.321
Kraft Quadriceps femoris rechts	312,8 (165,7)	405,9 (160,8)	0.004*
Kraft Quadriceps femoris links	315,7 (153,9)	383,4 (175,5)	0.075
SPPB; Mittelwert (SD)	10 (2.3)	12 (1.0)	<0.001**
HAQ-DI; Mittelwert (SD)	0.9 (0.6)	0.2 (0.3)	<0.001**

Tabelle: Vergleich von RA-Patientinnen und Patienten mit guter und schlechter Arbeitsfähigkeit hinsichtlich klinischer Parameter und Muskelkraft.

Signifikanz getestet mittels Mann-Whitney U Test für nicht parametrische Daten, * Signifikant bei $\alpha \leq 0.05$; * $\alpha \leq 0.001$ **, CDAI= Clinical disease activity index, VAS= Visuelle Analogskala für Schmerzintensität, Nm= Newtonmeter, SPPB = Short physical performance battery, HAQ-DI= health assessment questionnaire disability index, RA= Rheumatoide Arthritis.



Analyse der Fit Sport Austria Angebotslandschaft innerhalb der SPORTUNION.

J. Wilfinger¹, T. Mlinek¹, T. Dworak², P. Bauer³, A. Öhlknecht⁴, A. Susnik⁵, G. Mitterbauer⁶, C. Lackinger¹;

¹SPORTUNION Österreich, Vienna, Austria, ²Union West-Wien, Vienna, Austria, ³SPORTUNION Burgenland, Eisenstadt, Austria, ⁴SPORTUNION Steiermark, Graz, Austria, ⁵SPORTUNION Favoriten, Vienna, Austria, ⁶SPORTUNION Tirol, Innsbruck, Austria.

Hintergrund

Der organisierte Sport ist der größte Anbieter von Sport und Bewegungsangeboten in Österreich. 32% der Gesamtbevölkerung sind Mitglieder in einem Sportverein (ASKÖ, ASVÖ, SPORTUNION), 10% davon in der SPORTUNION. Die drei Breitensportverbände ASKÖ, ASVÖ und SPORTUNION haben gemeinsam Fit Sport Austria gegründet unter dem Leitsatz „Miteinander mehr bewegen“. Das Fit Sport Austria Qualitätssiegel für gesunde Bewegung und Sport im Verein wird an qualitätsgesicherte gesundheitsorientierte Bewegungsangebote von Mitgliedsvereinen verliehen. Eine Analyse der Fit Sport Austria Angebotslandschaft zeigt das Potential der SPORTUNION auf und ist die Basis für weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen und Entwicklungen.

Methode

Für die Analyse wurde die Fit Sport Austria Datenbank verwendet. Im November 2016 wurden die SPORTUNION Vereine, die Fit Sport Austria zertifizierte Bewegungsangebote anbieten und die Anzahl der SPORTUNION Bewegungsangebote für Kinder und/oder Kleinkinder und/oder Jugendliche und Erwachsene und/oder Senioren analysiert. Es sind auch Doppelnennungen der Zielgruppe (zum Beispiel für Erwachsene und Senioren oder für Kinder und Jugendliche) möglich.

Ergebnisse

Von den rund 4.200 SPORTUNION Vereinen bieten 21% Fit Sport Austria zertifizierte Bewegungsangebote an. Jeder Verein hat durchschnittlich 2,5 Fit Sport Austria zertifizierte Kurse. Insgesamt waren im November 2016 2.198 Bewegungsangebote Fit Sport Austria zertifiziert: 61% davon für Kleinkinder und/oder Kinder und/oder Jugendliche und 39% für Erwachsene und/oder Senioren. Vergleicht man die Anzahl der Vereine, die schon einmal Fit Sport Austria zertifizierte Bewegungsangebote angeboten haben und jene die im November 2016 Fit Sport Austria zertifizierte Kurse angeboten haben, kann man einen durchschnittlichen Rückgang von 22% erkennen.

Schlussfolgerung

Von den in Österreich lebenden Menschen sind 82% über 18 Jahre alt und 19% unter 18 Jahre. Diese Zahlen sind konträr zu den Fit Sport Austria zertifizierten Bewegungsangeboten: 61% für Kleinkinder/Kinder/Jugendliche und 39% für Erwachsene/Senioren. Fit Sport Austria zertifizierte Bewegungsangebote ab dem Erwachsenenalter zeigen ein großes Potential für die SPORTUNION auf und sollen gestärkt und ausgebaut werden. Der Rückgang der Vereine mit Fit Sport Austria zertifizierten Bewegungsangeboten ist verwunderlich, da Fitness- und Gesundheitssport in der Gesellschaft immer wichtiger wird. An einer Aufwertung des Fit Sport Austria Qualitätssiegel durch Vernetzung mit anderen Sektoren und durch technische Lösungen wird gerade gearbeitet.

Screening von Risikofaktoren als Sekundärprävention durch betriebliche Gesundheits-Checks

M. Luger^{1,2}, E. Luger^{1,2}, B. Rittmannsberger¹, L. Angelmaier^{1,3}, M. Schätzer¹, M. Lechleitner^{1,4}, A. Rieder², F. Hoppichler^{1,3};

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

Hintergrund

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (KHK) haben eine hohe Mortalitätsrate. Folglich ist ein Risikoscreening als Sekundärprävention essentiell, um das Risiko für KHK abschätzen zu können. Ziel dieser Untersuchung war es, Risikofaktoren zu identifizieren und mittels des ASCVD (Atherosclerotic Cardiovascular Disease) Risikoschätzers das 10-Jahres-KHK-Risiko im Rahmen von betrieblichen Gesundheits-Checks zu erheben. Zudem wurde die Assoziation der nicht im ASCVD Risikoschätzer inkludierten Parameter analysiert.

Methoden

In der Region Salzburg wurden ArbeitnehmerInnen auf deren Gesundheitsstatus gescreent (n=408; 2016). Körpergewicht, Körpergröße, Bauchumfang, Blutdruck, und Blutparameter wurden gemessen; Anamnese sowie das 10-Jahres-Risiko für atherosklerotische KHK (ASCVD; inkludierte Parameter: Geschlecht, Alter, Ethnie, Gesamtcholesterin, HDL, systolischer Blutdruck, Diabetes mellitus, Behandlung der Hypertonie, Raucherstatus) wurden durchgeführt. Mittels uni- und multivariater linearer Regressionen wurde die Assoziation der zusätzlich erhobenen Parameter wie Familienanamnese KHK/Myokardinfarkt, glomeruläre Filtrationsrate (GFR), lipidsenkende Behandlung, BMI, Bauchumfang und C-reaktives-Protein, die nicht im ASCVD Risikoschätzer inkludiert sind, aber in anderen Modellen berücksichtigt werden, auf das 10-Jahres-KHK-Risiko analysiert.

Ergebnisse

267 Männer und 141 Frauen hatten ein mittleres Alter von 45 (10) Jahren, BMI von 25,2 (3,8) kg/m² und Bauchumfang von 92,0 (9,7) (♂) und 81,0 (10,5) cm (♀). Davon waren 21% in einer Führungsposition und 79% Angestellte. 19% der ProbandInnen waren RaucherInnen und 22% Ex-RaucherInnen. Bei 7% bestand bereits diagnostizierte Hypertonie, bei 7% Hyperlipidämie und bei 1% Diabetes mellitus Typ 2. 37% der ProbandInnen waren übergewichtig, 11% adipös und 40% abdominell adipös. 43% konnten als Prä- und 43% als HypertonikerInnen eingestuft werden. Das 10-Jahres-Risiko für atherosklerotische KHK lag zwischen 0% und 21%, im Durchschnitt bei 2,5 (3,3) %, wobei 4% der ProbandInnen ein erhöhtes (>10%) und 12% ein leicht erhöhtes Risiko (5-10%) aufwiesen. Das 10-Jahres-Risiko für atherosklerotische KHK ist mit folgenden Parametern assoziiert: Bauchumfang ($\beta=0.361$, $p<0.001$) und GFR ($\beta=-0.140$, $p<0.05$).

Schlussfolgerungen

Ein hoher Anteil dieser Population wurde als übergewichtig und als Prä- und Hypertoniker klassifiziert. Jede/r 6. ProbandIn zeigte ein (leicht) erhöhtes 10-Jahres-Risiko, durch Verwendung des ASCVD Risikoschätzers. Unter Miteinbeziehung von weiteren Risikofaktoren, zeigte sich, dass ein erhöhter Bauchumfang sowie eine erniedrigte GFR mit einem erhöhten Risiko assoziiert waren. Folglich ist es ratsam, dass im Rahmen eines Risikoscreening auch diese Parameter miteinbezogen werden.



Motivation zur Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen aus der Sicht älterer und hochaltriger Menschen

C. Schlegl;

ÖGPH, Wien, Austria.

Aufgrund der demografischen Entwicklung und der damit verbundenen Änderung der Struktur unserer Gesellschaft, ist auch mit steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen zu rechnen. Chronische Erkrankungen und Multimorbidität sind im Vormarsch, das Frailty Syndrom ist ebenfalls im Steigen begriffen. Erhöhte Sturzgefahr und Verlust der Selbstständigkeit sowie erhöhter Pflegebedarf sind die Folgen.

Gesundheitsförderung und Prävention sind adäquate Mittel, um dem entgegenzusteuern. Um eine Maßnahme erfolgreich werden zu lassen, bedarf es, den TeilnehmerInnen bewusst zu machen, dass Gesundheit nicht etwas Schicksalhafteres ist, sondern sie selber es sind, die es in der Hand haben. Dabei spielt das Empowerment, mittels Information und Aufklärung, eine große Rolle. Ebenso wichtig ist die Partizipation. Darunter versteht man die aktive Teilhabe der Personen an der jeweiligen Maßnahme. Die älteren und hochaltrigen Menschen sind eine vulnerable Gruppe mit unterschiedlichen Bedürfnissen. Umso notwendiger scheint es, deren Motivation zu kennen um ihren Bedürfnissen durch Anpassung daran gerecht zu werden, und sie so zu einem gesundheitsfördernden Verhalten zu bewegen. Befragt wurden in dieser Arbeit TeilnehmerInnen an der Studie „Gesund fürs Leben“. So wurde die Motivation der Teilnahme auf verschiedenen Ebenen sichtbar. Auf der physischen Ebene wurden als Gründe der Wunsch nach Verbesserung der Beweglichkeit, der Gangunsicherheit und die Hoffnung auf Schmerzlinderung durch Bewegung angegeben. Auf der sozialen Ebene waren die Partizipation am Leben außerhalb der Wohnung, Kontaktmöglichkeit und Kommunikation zentral. Die große Attraktivität des Angebots lag im aufsuchenden Aspekt und der Wissenschaftlichkeit sowie der Kombination von Bewegung und Ernährung. Die Befürwortung an der Teilnahme durch das soziale Umfeld spielte ebenso eine wichtige Rolle. In den Zielsetzungen spiegelte sich die Motivation wider. Für die physische Ebene waren diese, Beweglichkeit zu bekommen oder weiterhin gehen zu können. Eine Verbesserung der sozialen Lage, nämlich niemandem zur Last zu fallen war ebenso ein durchgehend genanntes Ziel. Das Streben nach Zufriedenheit, wie angegeben, stellt einen Indikator der individuellen Lebensqualität dar. Der Wunsch nach Mobilität und Selbstbestimmtheit ist ein zentrales Anliegen der befragten gebrechlichen Personen, so war auch das Ziel die möglichst autonome Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens, persönlicher Gewinn durch verbesserte Mobilität, Selbstständigkeit, keine Last für andere zu sein und verbesserte Lebensqualität.

Bewegungsintervention mit smoveys® für türkischstämmige Migrantinnen mit Mammakarzinom

F. Cenik, B. Wagner, M. Keilani, R. Crevenna;

Med.Univ.Wien/Universitätsklinik für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Arbeitsmedizin, 1090 Wien, Austria.

Hintergrund

Regelmäßige körperliche Aktivität ist Baustein jeder modernen onkologischen Therapie/Rehabilitation. Eine Intervention mit dem Schwingringsystem smovey® hat sich als eine akzeptierte und effektive Option erwiesen (Wien Klin Wochenschr 2015;127:751 - 755). In Österreich leben rund 260 000 türkischstämmige MigrantInnen. MigrantInnen haben durch Sprachbarrieren, religiös-kulturelle Unterschiede sowie Hemmungen etc. einen schlechteren Zugang zum Gesundheitssystem. Die häufigste bösartige Neubildung bei türkischen Frauen ist das Mammakarzinom. Ziel der vorliegenden Pilotstudie ist die Evaluierung und Implementierung eines Trainingsprogramms mit smoveys® für Brustkrebspatientinnen mit türkischem Migrationshintergrund.

Methodik

Prospektive Pilotstudie (MUW-EK-Nr.: 1429/2015; n = 20) mit türkischstämmigen Brustkrebspatientinnen nach abgeschlossener Primärtherapie; Zielparameter sind Akzeptanz und Machbarkeit sowie Effekte im prä/post-Vergleich. Assessment von Ausdauer, Handkraft und Lebensqualität (zur Baseline, nach 3, 6 und 12 Monaten).

Intervention

3 Monate supervidierte Trainingsintervention mit smovey®-Schwingringsystem, danach selbständige Fortsetzung für 9 Monate. Hauptzielparameter sind Akzeptanz und Machbarkeit, Nebenzielparameter Lebensqualität, Kraft/Handdynamometrie und Ausdauer/6'-walk.

Ergebnisse

Dieses Projekt ist Gewinner eines Förderungspreises des Medizinisch-Wissenschaftlichen Fonds des Bürgermeisters der Bundeshauptstadt Wien“ (Projektnummer: 15122) und befindet sich in der Umsetzungsphase. Die ersten 5 Patientinnen trainieren seit Februar 2017. Bis jetzt zeigt sich eine gute Akzeptanz und Umsetzbarkeit dieser Bewegungsintervention.

Schlussfolgerungen

Die Idee zu diesem auf Gender-/Diversity-Aspekte (weibliches Geschlecht, Migrationshintergrund, Minorität, chronische Erkrankung/Behinderung, kulturell-religiöse Unterschiede etc.) fokussierten Projekts stellt auf die Prämissen Akzeptanz, Toleranz sowie fairer Zugang zum Gesundheitssystem ab, die Umsetzung erfordert adäquate räumliche und personelle Ressourcen sowie einen Zugang zur betroffenen Zielgruppe (Information, Rekrutierung).



UGOTCHI - Kinder gesund bewegen

T. Mlinek;

SPORTUNION Österreich, Wien, Austria

Hintergrund

Die Kindheit und Jugend sind jene Lebensphasen, in welcher die Weichen für das Gesundheitsverhalten in späteren Jahren gestellt werden. Im Kindesalter erworbene motorische Grundlagen sind die Basis für ein lebenslanges freudvolles Sporttreiben. Die aktuelle WHO-HBSC-Survey 2014 verdeutlicht, dass gerade das Ausmaß an täglicher körperlicher Bewegung, als wesentliche Determinante der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens von österreichischen Schülerinnen und Schülern, seit vielen Jahren stagniert.

Beschreibung des Projektes

UGOTCHI - Punkten mit Klasse ist das Gesundheitsprogramm, das jährlich 50.000 Kinder im Alter von 6-10 Jahren zu mehr Bewegung in der Schule, in der Familie, im Sportverein und allgemein in der Freizeit animiert und darüber hinaus für gesunde Ernährung und „das Miteinander“ sensibilisiert. Das Volksschulprogramm zeichnet sich dadurch aus, dass es einfach in die schulischen Abläufe integriert werden kann und einen ganzheitlichen Ansatz verfolgt.

Evaluierungsergebnisse 2016

- 30% aller Volksschulen in Österreich
- 15 % aller Volksschülerinnen und Volksschüler aus ganz Österreich

In den Jahren 2011, 2012 und 2014 wurde das Projekt vom Institut für Sportwissenschaften der Universität Wien evaluiert. Dazu wurden in einem Methodenmix aus quantitativen und qualitativen Verfahren verschiedene Teilaspekte der Zielsetzungen im Sinne von Prozess- und Ergebnisevaluation eruiert.

Ergebnisse

- Hohe Rücklaufquote mit 56%
- Das Projekt unterstützt die teilnehmenden Lehrkräfte in der Erfüllung des schulischen Bildungsauftrags der Gesundheitsförderung.
- Die Projektinhalte, Organisation, Dauer sowie der erforderliche Zeitaufwand für das Projekt werden als (sehr) gut eingeschätzt.
- Acht von zehn Lehrkräften gehen davon aus, auch im nächsten Jahr wieder mitzumachen.
- Die überwiegende Mehrheit der PädagogInnen sieht bei den Kindern positive kurzfristige Veränderungen, fast die Hälfte geht auch von positiven langfristigen Auswirkungen aus.
- Etwa zwei Drittel der Eltern glauben, dass UGOTCHI einen wichtigen Beitrag zur Gesundheit ihrer Kinder leistet.

Empfehlungen

Das Projekt ist zu einem fixen Bestandteil in der Jahresplanung von knapp 30% aller Volksschulen geworden. Aus diesem Grund ist eine Überführung in ein langfristig finanziell abgesichertes Programm angeraten. Darüber hinaus sollte darüber nachgedacht werden, das Programm durch tiefergehende Kooperationen mit dem Bildungssektor zu einem festen Bestandteil in der Jahresplanung aller Volksschulen in Österreich zu machen.

Die gute Wahl - Evaluation von Kennzeichnungssystemen am Schulbuffet

I. Wallisch¹, U. Aldrian¹, K. Seper¹, A. Wolf¹, J. Benedics², S. Langer¹, P. Lehner², K. Schindler²;

¹AGES - Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES), Wien, Austria, ²Bundesministerium für Gesundheit und Frauen BMGF, Wien, Austria.

Hintergrund

In Kindheit und Jugend werden die Weichen für Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Lebensqualität in späteren Jahren gestellt. Eine Kennzeichnung von Produkten am Schulbuffet könnte dabei gesundheitsförderliches (Ernährungs-)Verhalten und somit die (Ernährungs-)Kompetenz von Kindern und Jugendlichen stärken. Ziel der Maßnahme war es, ein geeignetes Symbolkennzeichnungsmodell zu identifizieren, welches Kinder und Jugendliche dabei unterstützen kann, gesundheitskompetente Entscheidungen bei der Jausen-Auswahl zu treffen.

Methoden

Im ersten Schritt wurden vier international etablierte Kennzeichnungssysteme (Bewusst Wählen, Ampel, Keyhole, Health Star Rating) hinsichtlich der Übertragbarkeit für das Setting „Schulbuffet“ überprüft. Davon wurden das „Bewusst Wählen“-Logo und das „Ampelsystem“ zur Testung im Feld ausgewählt. Die Maßnahme wurde in der Steiermark und in Niederösterreich an acht Schulstandorten umgesetzt. In Zusammenarbeit mit engagierten Buffetbetreiberinnen und Buffetbetreibern wurde das Angebot der Schulbuffets erhoben und die Produkte anhand entsprechender Kriterien gekennzeichnet. Die Wirkungsweise des Kennzeichnungssystems wurde mittels Interviews (Buffetbetreiberinnen/-betreiber, regionale Umsetzer, Projektkoordination), Fokusgruppen (Schulkinder) und einer Online-Befragung (Schulkinder) überprüft.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass die getesteten Kennzeichnungsmodelle für das Setting „Schulbuffet“ und die Zielgruppe Kinder und Jugendliche nur bedingt geeignet sind. Dies kann auf unterschiedliche Ursachen zurückgeführt werden: Die Kennzeichnungssysteme wurden nicht explizit für das Setting konzipiert. Eine Orientierung am Bedarf der Zielgruppe (z.B. zielgruppenspezifische Ernährungsempfehlungen) oder an bereits bestehenden Vorgaben (z.B. „Leitlinie Schulbuffet“) war daher nicht gegeben. Die Kennzeichnung wurde von den Schülerinnen und Schülern wahrgenommen, jedoch wurden die Kennzeichnungsschilder von einigen als verwirrend oder sogar widersprüchlich verstanden. Bei den befragten Schülerinnen und Schülern war Wissen zu einer gesundheitsförderlichen Jausengestaltung durchaus erkennbar. Hinsichtlich des Kaufverhaltens am Schulbuffet konnte jedoch keine Veränderung beobachtet werden.

Schlussfolgerungen

Es hat sich gezeigt, dass Symbolkennzeichnungsmodelle ohne umfassende Informationsmaßnahmen nicht wirksam sind. Für die Einführung eines Kennzeichnungssystems im Setting „Schulbuffet“ sind umfassende Adaptierungen eines Kennzeichnungssystems sowie begleitende Maßnahmen zur Ernährungsbildung erforderlich. Schwerpunkt künftiger Initiativen sollte daher auf Ernährungsbildung und praxisorientierte Maßnahmen gelegt werden. Ziel dieser Maßnahmen müsste die Steigerung der Motivation zu einer gesundheitsförderlichen Ernährungsweise sein. Eine generelle Implementierung und verstärkte Einhaltung vorhandener und etablierter Leitlinien (z.B. „Leitlinie Schulbuffet“) ist zu empfehlen. Ein gesundheitsförderliches Angebot am Schulbuffet kann so einen wesentlichen Beitrag für die Gesundheit von Schülerinnen und Schülern leisten.

Posterpräsentationen Ib





Gesunde Studierende an der Fachhochschule Burgenland

M. Meister, F. Schnabel;

Fachhochschule Burgenland, Pinkafeld, Austria.

Ausgangssituation/Hintergrund

Im Studienjahr 2015/16 gab es 381.079 Studierende an den Österreichischen Hochschulen (Statistik Austria, 2016, [www](http://www.statistik.at)). Die Studierenden von heute sind die potentiellen Führungskräfte, Entscheidungsträger und Multiplikatoren von morgen. Daher hat die Gesundheitsförderung an Hochschulen einen besonderen Stellenwert. Zum einen werden die Studierenden und auch Mitarbeitenden an Hochschulen in ihrer Gesundheit gestärkt. Zum anderen tragen die Studierenden das Wissen über Gesundheitsförderung in alle Bereiche des Gemeinwesens hinein. (Bonse-Rohmann, Heidenreich, Kaba-Schönstein & Mezger, 2014, S. 281)

Beschreibung des Projekts

Die Fachhochschule Burgenland will mit dem Projekt „Gesunde Studierende“ die Gesundheit von ca. 2000 jungen Menschen stärken und damit eine Vorreiterrolle im Österreichischen Hochschulwesen einnehmen. Das Projekt wird von Studierenden des Bachelorstudiengangs Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung im Rahmen eines Praxisprojektes mit fachkundiger Begleitung durchgeführt. Die im Poster vorgestellte Analyse basiert auf einer Erhebung zur gesundheitlichen Lage und gesundheitsrelevanten Bedürfnissen von Studierenden an der Fachhochschule Burgenland. Auf Grundlage des „Gesundheitssurvey für Studierende in NRW (2007)“ entwickeln die Studierenden des Bachelorstudiengangs Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung einen eigenen Fragebogen. Die Online-Befragung wird über den hochschulinternen Email-Verteiler als Teilerhebung über die Standorte Pinkafeld und Oberwart durchgeführt. Im Anschluss an die quantitative Erhebung erfolgt eine qualitative Vertiefung der Erkenntnisse aus dem Fragebogen in Form von Einzelinterviews. Die Gesundheitsförderungsstrategie für die Studierenden der Fachhochschule Burgenland wird auf Basis dieser Ergebnisse festgelegt. Der Umsetzungszeitraum für die Gesundheitsförderungsmaßnahmen ist für das Studienjahr 2017/18 anberaumt. Ein weiterer innovativer Ansatz des Projektes liegt in der Kommunikations- und Informationsstrategie. Die laufenden Projektschritte und -ergebnisse werden medial in Form von Social Media Beiträgen und Erklärvideos aufbereitet.

Empfehlungen

Das Projekt „Gesunde Studierende“ erfasst den Gesundheitszustand sowie die speziellen Belastungen, Anforderungen und Bedürfnisse von Studierenden. Aus diesen Erkenntnissen können Empfehlungen für Gesundheitsförderungsstrategien an Hochschulen und das Erhebungsdesign abgeleitet werden. Das Projekt kann als Best Practice Beispiel für die Gesundheitsförderung in Hochschulen herangezogen werden.

Gesundheitskommunikation an Hochschulen

F. Schnabel, M. Meister;

Fachhochschule Burgenland, Pinkafeld, Austria.

Ausgangssituation/Hintergrund

An Hochschulen treffen zwei unterschiedliche Zielgruppen für Gesundheitsförderung aufeinander: die Studierenden und die MitarbeiterInnen. Bei der Implementierung von Gesundheitsförderungsprogrammen ist es daher von besonderer Bedeutung, die richtigen Kommunikationskanäle und das richtige Kommunikationsdesign für die Zielgruppen zu finden, damit die Gesundheitskommunikation erfolgreich ist und die Gesundheitskompetenz langfristig gesteigert werden kann.

Beschreibung des Projekts

Die Fachhochschule Burgenland will im Projekt „Gesundheitskommunikation an Hochschulen“ der Frage nachgehen, wie mit unterschiedlichen Generationen richtig kommuniziert wird, damit die gesundheitsrelevanten Messages auch wirklich bei der Zielgruppe ankommen. Das Projekt wird von Studierenden des Bachelorstudienganges Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung im Rahmen eines Praxisprojektes mit fachkundiger Begleitung durchgeführt.

Nach einem interaktiven „Kennenlernspiel“, welches als Pretest fungiert, wird von den Studierenden ein Fragebogen zum Kommunikations- und Informationsverhalten in Bezug auf gesundheitsrelevante Themen konzipiert. Die Erhebung erfolgt mittels Online-Fragebogen. Im Anschluss daran werden die quantitativ erhobenen Erkenntnisse in Form von Einzelinterviews vertieft und auf die Zielgruppe der MitarbeiterInnen ausgeweitet. Auf den Ergebnissen aufbauend, wird die Strategie für die Gesundheitskommunikation an der Fachhochschule Burgenland festgelegt. Neben den klassischen Kommunikationskanälen werden vor allem auch Social Media und Erklärvideos eingesetzt, die von Studierenden erstellt werden. Besonderer Wert wird neben dem Einsatz der richtigen Kommunikationskanäle auch auf das Kommunikationsdesign gelegt - getreu dem Motto: „Design ist auch für Nicht-Designer ein Muss.“

Empfehlungen

Auf Basis der Ergebnisse aus dem Projekt „Gesundheitskommunikation an Hochschulen“ werden Erkenntnisse zur generationen- und zielgruppenspezifischen Kommunikation im Rahmen der Gesundheitsförderung abgeleitet, die auch auf andere Hochschulen umgelegt werden können. Langfristig soll damit die Gesundheitskompetenz der Studierenden und der MitarbeiterInnen an Hochschulen gesteigert werden.



Gesundheitsförderung für ältere Personen im kommunalen Setting - Modellprojekt „Gemeinsam gesund alt werden“

J. Stöller¹, F. Schnabel²;

¹Forschung Burgenland GmbH, 7000 Eisenstadt, Austria, ²Fachhochschule Burgenland GmbH, 7000 Eisenstadt, Austria.

Hintergrund

Der demographische Wandel in Österreich fordert einen höheren Stellenwert der Gesundheitsförderung für ältere Menschen, zum Beispiel durch Stärkung der sozialen Teilhabe sowie der Lebensstilfaktoren. (Spicker et al., 2011) Nutzen durch Gesundheitsförderung für und mit älteren Menschen stellen eine mögliche Kostenreduktion für das Gesundheitswesen sowie auf Zielgruppenebene eine Steigerung der Lebensqualität und der Selbstständigkeit, dar. Vor allem sozial benachteiligte/bildungsferne, nicht mobile ältere Menschen können nur schwer mit gesundheitsförderlichen Angeboten erreicht werden.

Projektbeschreibung

Aufgrund dessen wurde das Modellprojekt „Gemeinsam gesund alt werden“ ins Leben gerufen. Es zielt darauf ab in acht Modellgemeinden gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen gezielte Aktivitäten, mit Fokus auf die Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Zielgruppe „ältere Frauen und Männer ab 61 Jahren“, organisiert werden. Bei der Umsetzung der einzelnen Maßnahmen wird besonders auf die Heterogenität der Zielgruppe Rücksicht genommen, welche sich durch die große Altersspanne zeigt. Im Planungsprozess wurde deshalb der Fokus auf eine partizipative Entwicklung der monatlich stattfindenden Aktivitäten gelegt, um die Bedürfnisse der Zielgruppe bestmöglich zu berücksichtigen.

Zwischenevaluationsergebnisse

Die Evaluation im Modellprojekt wurde von einem externen Evaluationsteam durchgeführt, welches im Juni 2016 (Projekthalbzeit) die ersten Ergebnisse bekanntgab. Erwähnenswert ist, dass das Programm in den meisten Gemeinden sehr gut lief und sich bereits ein Kern von 10-15 Personen gebildet hatte, der regelmäßig an den Treffen teilnahm. Auch durch die Kontinuität eines fixen Raumes konnten einige Gemeinden profitieren, während in anderen Gemeinden ein Wechsel der Räumlichkeiten von Vorteil gewesen wäre. Auch die angebotenen Aktivitäten kamen in den Gemeinden gut an. Eher auf ein geringes Interesse stießen Aktivitäten wie Tanzen, wobei diese in der Planungsphase explizit gewünscht wurden.

Empfehlungen

Bei Gesundheitsförderungsprojekten für ältere Menschen ist besonders auf die Heterogenität dieser Zielgruppe und die Individualität jeder einzelnen Gemeinde Rücksicht zu nehmen. Es ist sehr wichtig, nie von einer Gemeinde auf eine andere zu schließen, denn was in Gemeinde X auf positive Rückmeldung trifft, kann in Gemeinde Y starke Kritik auslösen. Auf individueller Ebene lässt sich feststellen, dass ältere Menschen sehr unterschiedlich sind und so müssen sie auch angesprochen werden. Vor allem durch persönliche Ansprache und eine bekannte Ansprechperson kann die Zielgruppe gut erreicht werden.

Informationsplattform Arzneimittelsicherheit

H. Stürzlinger, S. Vogler;

Gesundheit Österreich GmbH, 1010 Wien, Austria.

Hintergrund

Ärztinnen und Ärzte sind bei der Verschreibung von Arzneimitteln mit zahlreichen Informationen und Anforderungen konfrontiert. Arzneimittelinteraktionen, Fehlverordnungen, Dosierungsfehler und Nichtbeachtung von Kontraindikationen bergen, gerade bei Zielgruppen wie Älteren oder Kindern, ein Gefahrenpotenzial; Leitlinien und Informationen hierzu sind oft nicht „auf einen Griff“ zu finden.

Ziel des Projektes

Eine Informationsplattform soll, eingebettet in das österreichische Gesundheitsportal (gesundheit.gv.at), unabhängige, qualitätsgesicherte und serviceorientierte Informationen zur Unterstützung einer sicheren und effizienten Verschreibung von Arzneimitteln bieten. Ziel ist es, Ärztinnen/Ärzten auf einen Blick rasch Zugriff zu praxisrelevanten Instrumenten und wichtiger Evidenz zu bieten und sie bei individueller Fortbildung zu unterstützen.

Methodik

Die Gesundheit Österreich (GÖG) wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen Anfang 2016 mit der Errichtung einer solchen Plattform beauftragt. Das Team recherchierte Informationsquellen, Instrumente und andere Hilfestellungen zum sicheren und rationalen Arzneimittleinsatz - Informationsquellen allgemeiner Natur sowie zum ersten Schwerpunktthema Polypharmazie (Fokus: ältere Menschen). Eine Suche über Internetsuchmaschinen und einschlägige Websites wurde u.a. ergänzt durch vereinzelte Recherchen in Literaturdatenbanken, Expertenhinweise und -umfragen. Erste Priorität hatten Informationen aus oder zu Österreich, bei entsprechender besonderer Relevanz Informationen aus dem restlichen deutschsprachigen Raum sowie an dritter Stelle Informationen in englischer Sprache. Nach Sichtung, Auswahl und Bewertung der gefundenen Information und Abstimmung des ersten Konzepts mit dem Auftraggeber diskutierten ärztliche und pharmazeutische Expertinnen/Experten aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens in einem Workshop die überarbeitete Konzeptfassung. Nach nochmaliger Revision wurde die finale Seite ins Gesundheitsportal integriert.

Ergebnisse

Grundlagen des Arzneimittelsystems in Österreich inkl. gesetzlicher Grundlagen, zuständigen Behörden bzw. Institutionen und relevanten Tools sind im allgemeinen Teil verlinkt. Im Schwerpunktthema findet sich eine übersichtlich strukturierte Auswahl an Tools und Listen zur Medikationsbewertung bei Polypharmazie, eine Auflistung wichtiger einschlägiger Leitlinien und Broschüren sowie Links zu themenrelevanter vertiefender Literatur. Nutzer und Nutzerinnen können sich auch selbst mit ergänzenden Hinweisen einbringen. Die Plattform ist seit Februar 2017 online. Ein Redaktionsteam, besetzt aus externen Expertinnen/Experten, steht für die laufende Wartung des Schwerpunktthemas Polypharmazie zur Verfügung. Die Plattform soll nach und nach um weitere Schwerpunktthemen ergänzt werden. Die Arbeiten dazu sind in Gang.

Erstes Resümee

Das Vorhaben fand bis dato sehr positiven Widerhall, die laufende Aktualisierung der Inhalte wird als wichtiger Erfolgsfaktor gesehen.



Transnationales Netzwerk zur Kur- und Rehabilitationsforschung

M. Borrmann¹, S. Tuttner², S. Assander², F. M. Amort²;

¹FH JOANNEUM University of Applied Sciences, Graz, Austria, ²FH JOANNEUM University of Applied Sciences, Bad Gleichenberg, Austria.

Hintergrund

Dem aktuellen Bericht des österreichischen Bundesinstituts für Gesundheit (ÖBIG) zufolge, wird es in den kommenden Jahren einen wachsenden Bedarf an ambulanten und stationären Rehabilitationsplätzen in Österreich geben. Laut den Untersuchungen des ÖBIG hat sich Zahl der dokumentierten stationären Aufenthalte hierzulande seit 2003 auf 133.000 fast verdoppelt. (Gyimesi u. a., 2016). Um den weiter steigenden Bedarf an Rehabilitationsplätzen decken zu können, ist nicht nur eine quantitative Anpassung der Versorgung im Bereich der Rehabilitation und der Kur, sondern auch ein Ausbau der Forschung in diesen Bereichen notwendig. Diese betreffen unter anderem die Themenfelder des Assessments, der Definition von Outcomekriterien, der Reha-Diagnostik, die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) sowie Management, Ökonomie und Leitlinienentwicklung (Koch, Lehmann, & Morfeld, 2007). Das Ziel des vorliegenden Vorhabens ist der nachhaltige Aufbau eines transnationalen interdisziplinären Netzwerks Rehabilitationsforschung.

Projektbeschreibung

Im bisherigen Aufbauprozess des Netzwerks fanden bereits zwei Treffen statt, in denen die Kooperation der Stakeholder aus Kur und Rehabilitation der slowenisch - österreichischen Grenzregion ausgelotet wurde. Zunächst wurden gemeinsame Forschungsinteressen definiert und in einem gemeinsamen Dialog der Bedarf an interdisziplinären Rehabilitationsforschung als Priorität identifiziert. Die TeilnehmerInnen, ExpertInnen aus den Bereichen Medizin, Gesundheitswissenschaften, Gesundheitsmanagement und -tourismus, Sozialwissenschaft, Ergotherapie und Sportwissenschaften, erarbeiteten in den Workshops ein gemeinsames Commitment für eine transnationale interdisziplinäre Forschungs Kooperation.

Outcomes und Ausblick

Als Ergebnis legten sich die teilnehmenden Institutionen auf die gemeinsame Etablierung eines Netzwerks für Kur- und Rehabilitationsforschung mit gemeinsamen Forschungsfragen fest. Das Ziel des Commitments ist die nachhaltige Verbesserung der Lebensqualität von Patientinnen und Patienten nach einem Rehabilitationsaufenthalt, nachhaltige Compliance nach Ende des Aufenthaltes und die Reduktion des „Drehtüreffekts“, d.h. die Wiederkehr von PatientInnen ohne nachhaltiger Outcome-Verbesserung. Derzeit werden interdisziplinäre wissenschaftliche Fragestellungen ausgearbeitet, welche in Zukunft in konkreten Forschungsprojekten mit österreichisch - slowenisch Beteiligung in der südsteirischen Grenzregion durchgeführt werden sollen. Ebenso werden regelmäßige wissenschaftliche Treffen zur Kur- und Rehabilitationsforschung angedacht.

Literatur

- Gyimesi, M., Fülöp, G., Ivantsits, S., Boulton, E., Stoppacher, A., Kawalirek, S., & Maksimovic, A. (2016). Rehabilitationsplan 2016. Wien: Gesundheit Österreich. Abgerufen von <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.564714>
- Koch, U., Lehmann, C., & Morfeld, M. (2007). Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationswissenschaften in Deutschland, 46(03): 127-144. <https://doi.org/DOI: 10.1055/s-2007-973827>

Gesund im Wiener Kindergarten

V. Mayr;

Wiener Gesundheitsförderung, 1020, Austria.

Hintergrund

Aufbauend auf den Erfahrungen der von der Wiener Gesundheitsförderung umgesetzten Projekte „Gesunder Kindergarten“ und „Wiener Netzwerk Kindergartenverpflegung - WiNKi“ sollten durch die Umsetzung des Projektes die „Gesund im Wiener Kindergarten“ (Laufzeit 2014 - 2016), finanziert aus dem LGFF, nachhaltig ideale Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung im Setting Kindergarten geschaffen werden.

Projektbeschreibung

Die intensive Betreuung von 69 städtischen und privaten Kinderbetreuungseinrichtungen (3 pro Wiener Gemeindebezirk), die Etablierung einer tragfähigen Arbeitsstruktur im Netzwerk Gesund im Wiener Kindergarten, begleitet vom Fortbildungsangebot der Wiener Ernährungsakademie und der WiNKi-Zertifizierung von Mittagstischverpflegungsunternehmen, unterstützen die Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Alltags in den Kindergärten Wiens und fördern die Kooperation städtischer und privater Trägerorganisationen mit anderen Stakeholdern im Setting Kindergarten. Workshops für Kinder und PädagogInnen zu den 3 Themenschwerpunkten Ernährung, Bewegung und Seelische Gesundheit fanden in den Projektkindergärten statt, das Netzwerk Gesund im Wiener Kindergarten als Austausch- und Lernplattform für KindergartenmitarbeiterInnen inklusive vertiefenden Arbeitsgruppen wurde aufgebaut, die Fortbildungsinitiative Wiener Ernährungsakademie und die WiNKi-Zertifizierung von Caterern und sich selbst versorgenden Kindergärten für den Mittagstisch wurden als Maßnahmen aus dem Projekt WiNKi weitergeführt.

Evaluationsergebnisse

Die Interventionen im Kindergarten wurden durchgängig positiv bewertet und haben das Gesundheitsbewusstsein der PädagogInnen und Kinder positiv beeinflusst. Beim Themenschwerpunkt Ernährung wurde zudem die Nachhaltigkeit explizit evaluiert, welche in sehr hohem Ausmaß gegeben ist. Allerdings ist es nur in Ansätzen gelungen, die Eltern auf breiter Ebene einzubinden. Weiters wurde deutlich, dass insbesondere beim komplexen Themenschwerpunkt „Seelische Gesundheit“ eine weitere Befassung für eine nachhaltige Sicherung notwendig ist. Das Netzwerk wurde gut etabliert und von den beteiligten PraktikerInnen in hohem Ausmaß genutzt und positiv bewertet. Eine Fortführung des kindergartenübergreifenden Netzwerkes wurde durchgehend gewünscht, ist allerdings ohne externen Support schwer umsetzbar. Zu den 3 Themenschwerpunkten wurden Handbücher inklusive Schulungs-DVDs erstellt, die großen Anklang bei den PraktikerInnen fanden. Ein Leitfaden für die Konzeption und Umsetzung von Kindergarten-Gesundheitstagen ist entstanden, zusätzlich ist eine Onlineplattform geplant und im Entstehen begriffen.

Empfehlungen

Das Netzwerk Gesund im Wiener Kindergarten stieß auf sehr großes Interesse und hat sich gut bewährt. Es wird als eigenes Projekt (2017-2019) weitergeführt, die Themenschwerpunkte Ernährung, Bewegung, Seelische Gesundheit integriert.



Antibiotikaverbrauch im niedergelassenen Bereich mit besonderem Fokus auf Kinder

I. Schiller-Frühwirth, T. Fischer;

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB), Vienna, Austria.

Hintergrund

Antibiotika, Medikamente zur Behandlung bakterieller Infektionen, zählen zu den am häufigsten verordneten Arzneimitteln im niedergelassenen Bereich. Es sind häufig akute Erkrankungen wie Infekte der Atemwege, die mit Antibiotika behandelt werden.

Methodik

Für die Auswertungen werden Personen berücksichtigt, die im Jahr 2015 in Österreich anspruchsberechtigt waren. Die Grundgesamtheit bilden 8.506.913 Anspruchsberechtigte (51% weiblich), davon 1.674.489 (20%) Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre. Es werden Verordnungsprävalenzen berechnet, definiert als der Anteil Anspruchsberechtigter, die im Bezugszeitraum mindestens eine entsprechende Verschreibung erhalten hat, sowie regionale Unterschiede mit Fokus auf Kinder und Jugendliche und mittels eines synthetischen sozioökonomischen Indikators aus Einkommen und Ausbildung Zusammenhänge analysiert.

Ergebnisse

Im Jahr 2015 haben 33% der Anspruchsberechtigten mindestens eine Antibiotika-Verordnung bekommen. Kinder und Jugendliche bis 19 Jahren erhielten mit 35% häufiger Antibiotika als der Durchschnitt. Kinder im Vorschulalter (0 bis 6 Jahre) bekommen mit 42% deutlich häufiger Antibiotika verordnet als Kinder und Jugendliche von 7 bis 19 Jahren mit 31%. In allen Bundesländern ist eine höhere Verordnungsprävalenz bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu den Erwachsenen zu erkennen, ausgenommen das Bundesland Salzburg und Vorarlberg. Bei Kleinkindern bis 2 Jahre finden sich die höchsten Verordnungsprävalenzen in Wien mit 45%, die niedrigsten in Salzburg mit 27%. Die höchsten Verordnungsprävalenzen finden sich bei Kindern (0 bis 6 Jahre) in den politischen Bezirken Mattersburg (57%) und Völkermarkt (56%), die niedrigsten im Bezirk Wien Innenstadt (25%) sowie Salzburg Stadt (27%).

Schlussfolgerungen

Die Auswertungen für Kinder und Jugendliche zeigen deutliche regionale Unterschiede auf Ebene der Versorgungsregionen und der politischen Bezirke. Die Ursachen für regionale Variabilitäten sind anhand der vorliegenden Daten schwer zu identifizieren. Es gibt Hinweise, dass vor allem sozial schwächer gestellte Personen häufiger Antibiotika verschrieben bekommen. Eine Korrelation zwischen sozioökonomischen Faktoren und Verordnungsprävalenzen war nicht nachweisbar. Ein weiterer Grund für regionale Unterschiede könnten unterschiedliche Versorgungsstrukturen sein. In den österreichischen Daten konnte kein Zusammenhang zwischen der Ärztedichte und den Verordnungsprävalenzen, dargestellt für politische Bezirke, hergestellt werden. Analysen nach Indikationen und Altersgruppen könnten helfen bestehende regionale Variabilität, die Hinweise für eine Über- und Fehlversorgung aufzeigt, besser zu erklären. Die fehlenden Diagnosen und damit einhergehend die Unmöglichkeit von Diagnosen-bezogenen Auswertungen stellen eine Limitation dieses Berichtes dar.

Kosteneffektivität von organisiertem versus opportunistischem Screening von Brustkrebs in Österreich

I. Schiller-Frühwirth^{1,2}, B. Jahn^{2,3}, P. Einzinger^{4,5}, G. Zauner⁴, C. Urach⁴, U. Siebert^{2,6};

¹Hauptverband der Österr. SV Träger, Vienna, Austria, ²Department of Public Health and Health Technology Assessment; UMIT – University for Health Sciences, Medical Informatics and Technology, Hall in Tirol, Austria, ³Division of Health Technology Assessment and Bioinformatics, ONCOTYROL – Center for Personalized Cancer Medicine, Innsbruck, Austria, ⁴dwh simulation services, Vienna, Austria, ⁵Institute for Analysis and Scientific Computing, Vienna University of Technology, Vienna, Austria, ⁶Institute for Technology Assessment and Department of Radiology, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, United States.

Hintergrund

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen in Österreich. Die altersstandardisierte Brustkrebsmortalität ist seit Mitte der 1990er gesunken, bei steigender Brustkrebsinzidenz. Dieser Anstieg korreliert mit dem Beginn des opportunistischen Brustkrebsscreening, das im Jahr 2014 von einem dezentralen organisierten Screening abgelöst wurde. Ziel der Arbeit ist die Abschätzung der Kosteneffektivität eines organisierten Screeningprogramms zur Früherkennung von Brustkrebs verglichen mit dem opportunistischen Screening in Österreich mittels eines entscheidungsanalytischen Modells.

Methode

Es wurde ein Mikrosimulationsmodell entwickelt und validiert um die gesundheitlichen Effekte und Kosten des organisierten Screening und des etablierten opportunistischen Screening für Frauen ab dem 40. Lebensjahr mit einem durchschnittlichen Brustkrebsrisiko zu untersuchen. Die Base-Case-Analyse vergleicht organisiertes Screening mit Mammographie alle 2 Jahre mit der im opportunistischen Screening üblichen Praxis für Frauen vom 45. bis zum 69. Lebensjahr sowie mit einem Nicht-Screening Arm. Wir berechneten das inkrementelle Kosten-Effektivitäts Verhältnis (ICER) in Bezug auf die Kosten (2012 €) und die gewonnenen Lebensjahre (LYG) aus der Perspektive des Gesundheitssystems mit einer jährlichen Diskontierungsrate von 3% und einem lebenslangen Zeithorizont. Deterministische und probabilistische Sensitivitätsanalysen wurden zur Abschätzung der Unsicherheiten der Modellannahmen und Modellergebnisse durchgeführt.

Ergebnisse

Die Kosteneffektivitätsanalyse ergab eine höhere Effektivität des organisierten Screening in Bezug auf die gewonnenen Lebensjahre bei niedrigeren Kosten im Vergleich zum opportunistischen. Das organisierte Screening dominiert das opportunistische und hat im Basisszenario bei einer Teilnahmerate von 60% ein inkrementelles Kosten-Effektivitäts Verhältnis von circa 20.000 EUR/LYG gegenüber keinem Screening. Höhere Teilnahmeraten, jedoch nicht die Sensitivität der Mammographie führen beim organisierten Screening zu einer höheren Kosten-Effektivität.

Schlussfolgerung

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein Mikrosimulationsmodell gewählt. Aspekte der Lebensqualität durch Screening wurden in dem Modell nicht berücksichtigt, da ein standardisiertes Set von Nutzwerten fehlt. Eine Berücksichtigung hätte möglicherweise die Ergebnisse verändert. Sowohl opportunistisches als auch organisiertes Screening senkt die brustkrebspezifische Mortalität, allerdings ist das organisierte Screening effektiver und kostengünstiger im Vergleich zum opportunistischen Screening. Diskontierungs- und Teilnahmeraten haben einen deutlichen Einfluss auf die Kosteneffektivität. Bei einer Zahlungsbereitschaft von 50.000 EUR/LYG liegt die Wahrscheinlichkeit, dass organisiertes Screening kosteneffektiv ist, bei 70%. Trotz einer gewissen Unsicherheit dürfte die Entscheidung für ein organisiertes Screening in Österreich ein vernünftiger Einsatz von knappen Ressourcen im Gesundheitssystem sein.



Entwicklung eines leicht-verständlichen Patienten-, Team- und Facharztfragebogens zur Erhebung von Qualitätsindikatoren für österreichische Primärversorgungseinrichtungen.

M. Abuzahra¹, N. Posch¹, A. Domke¹, K. Jeitler¹, T. Semlitsch¹, K. Wratschko¹, A. Siebenhofer-Kroitzsch^{1,2};

¹Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz, Graz, Austria,

²Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main, Frankfurt am Main, Germany.

Hintergrund des Projektes

Primärversorgungseinrichtungen sollen die teamorientierte allgemeinmedizinische Versorgung in Österreich stärken und sich deshalb an bestimmten Qualitätsanforderungen orientieren. Darüber hinaus verstehen sich Primärversorgungseinrichtungen als lernende Organisationen, in denen ständige Weiterentwicklung der Organisation und lebenslanges Lernen der einzelnen Teammitglieder Teil der Arbeitskultur sind [1].

Ziel des Projektes

Das Ziel des Projektes war die Entwicklung von Fragebögen zur Erhebung von Qualitätsindikatoren aus dem Master-Evaluationskatalog für Primärversorgungseinrichtungen [2] sowie die Testung der entwickelten Fragebögen auf Sprachverständnis [1]. Mit diesen werden drei Zielgruppen befragt [1]: Patienten, Teammitglieder und Kooperationspartner einer Primärversorgungseinrichtung (=Fachärzte).

Methode

Im Rahmen einer Literaturrecherche wurde nach existierenden Fragebögen gesucht, welche die entsprechenden Qualitätsindikatoren abfragen. Sofern es möglich war, wurde die Abfrage der Qualitätsindikatoren mit bereits existierenden Fragen aus diesen Fragebögen abgedeckt. Englischsprachige Items wurden entsprechend den International Test Commission Guidelines [3] übersetzt. Für die Abfrage der Qualitätsindikatoren, für die keine Items aus bereits existierenden Fragebögen identifiziert werden konnten, wurden neue Items entwickelt. Nach der Zusammenstellung des vorläufigen Patientenfragebogens, Teamfragebogens und Facharztfragebogens (Version 1.0) wurden Pretests mittels qualitativer Interviews vorgenommen. Pretests wurden mit 11 Patienten, mit 12 Teammitgliedern einer Primärversorgungseinrichtung und 6 Fachärzten geführt. Die Interviews wurden transkribiert und inhaltlich ausgewertet. Auf Basis dieser Ergebnisse wurden die Fragebögen adaptiert (Version 1.1) [1].

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Pretests wurden verwendet, um das Sprachverständnis der Fragebögen zu verbessern. Nun liegen leicht-verständliche Patienten-, Team- und Facharztfragebögen vor, welche für eine Evaluation von (österreichischen) Primärversorgungseinrichtungen eingesetzt werden können [1].

Ausblick

In nachfolgenden Projekten sollten eine Vorlage zur standardisierten Auswertung erstellt werden sowie eine Testung auf Gütekriterien (z.B.: Reliabilität) der entwickelten Fragebögen erfolgen [1].

Referenzen

- [1] Abuzahra M, Wratschko K, Domke A, Jeitler K, Posch N, Semlitsch T. Entwicklung eines Patienten-, Team- und Facharztfragebogens zur Erhebung von Qualitätsindikatoren aus dem Master-Evaluationskatalog für österreichische Primärversorgungseinrichtungen. Wien, 2017. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.) [online]. Available from: <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.778641> [Accessed 21.03.2017]
- [2] Semlitsch T, Abuzahra M, Horvath K, et al. Primary Health Care: Erstellung eines Master-Evaluationskatalogs für österreichische PHC-Einrichtungen. 2015 [online]. Available from: <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.625747&action=b&cacheability=PAGE> [Accessed 10.05.2016]
- [3] International Test Commission. ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests. 2005 [online]. Available from: https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation.pdf [Accessed 18.05.2016]

Posterpräsentationen IIa



TurnusärztInnen nach der Änderung der Arbeitszeitrichtlinie - Zeit für Ausbildung versus Balance der Life-domains?

C. Jamnig, H. Stummer, E. Nöhammer, S. Angerer;

Institut für Management und Ökonomie im Gesundheitswesen, Hall in Tirol, Austria.

Hintergrund

In Österreich wurde im Jahr 2015 die EU-Arbeitszeitrichtlinie auch für ÄrztInnen eingeführt. Dadurch kam es zu Kürzungen der Wochenarbeitszeiten von bis zu 72 Stunden auf ca. 48 Stunden, wobei (noch) Opt-Out Regelungen existieren. Insbesondere für JungmedizinerInnen wurde in der Diskussion damals darauf hingewiesen, dass eine Arbeitszeitverkürzung der Ausbildungsqualität schade und die ÄrztInnen dies auch nicht wollten. Wie sehen das die TurnusärztInnen?

Methoden

Ausgehend vom IFES-Fragebogen für Ärztezufriedenheit der ÖAK, welcher auf 29 Items erweitert wurde, wurde zwischen 11. August 2016 und 29. Oktober 2016 eine Online-Befragung durchgeführt. 404 TurnusärztInnen nahmen daran teil, davon 55,3% Frauen. 80,4% arbeiteten in einer Krankenanstalt der öffentlichen Hand, 12,9% bei kirchlichen und 6,7% bei privaten Krankenanstalten.

Ergebnisse

TurnusärztInnen begrüßen die Einschränkungen der Arbeitszeit mehrheitlich, wobei die Befürwortung bei Frauen signifikant höher ist als bei Männern. Bei oftmals scheinbar nicht völlig freiwillig vereinbarten Opt-Out Regelungen geben etwas mehr als 50% an, bis maximal 50 Wochenstunden zu arbeiten. Hierbei zeigte vor allem eine Zusatzfrage bei TurnusärztInnen nach altem Modell, dass sich ihre Anzahl der Wochenstunden seit Einführung der neuen Regelungen signifikant verkürzt hatte. Zufriedenheit gibt es mit der Balance der Life-domains (63,3%), weniger jedoch mit dem Zeitbudget für Ausbildungen (24,3%). Insgesamt sagen 41,1% der TurnusärztInnen, dass die Richtlinie zu einer Verbesserung und lediglich 18,8%, dass sie zu einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen geführt hat. Allerdings gibt es einige Indikatoren, wie etwa die Weiterempfehlungsrate des Berufes, die auf nötige Verbesserungen in den Arbeitsbedingungen hinweisen. So würden 37,7% der Befragten keinesfalls oder sehr unwahrscheinlich guten Freunden zum Arztberuf raten.

Schlussfolgerungen

Trotz befürchteter Verschlechterungen in der Ausbildungsqualität sehen viele der TurnusärztInnen Verbesserungen in den neuen Regelungen. Die Ausbildungsqualität muss aber sicher auch noch in Folge objektiv erhoben werden. Die Gesamtbewertung der Zufriedenheit im Arztbereich stellt sich jedoch verbesserungswürdig dar. Eine relativ niedrige Weiterempfehlungsrate des eigenen Berufs deutet insbesondere bei ArbeitsanfängerInnen auf starke Belastungen oder Frustration hin. Diese Belastungen und Frustrationen müssten aber im Sinne einer nachhaltigen Versorgungssicherheit besonders bei BerufsanfängerInnen noch gezielt erhoben werden.

Entlastung für Mediziner/innen im Krankenhaus durch medizinische Dokumentationsfachkräfte. Eine Bedarfserhebung bei österreichischen Krankenanstaltenträgern

*E. P. Gollner, F. Schnabel;
FH Burgenland, Pinkafeld, Austria.*

Hintergrund

Die Erfassung der Patientendokumentation und die LKF-Codierung sind ein wesentlicher Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit, die bis zu 30 % der Gesamtarbeitszeit der Ärzte/innen beansprucht. Die Zunahme des Dokumentationsaufwandes hat sich vor allem aufgrund gesetzlicher Vorgaben und verstärktem Einsatz von Risikomanagement ergeben. Daraus resultiert die Forderung der Ärzteschaft nach Unterstützung in der Dokumentation. In Hinsicht auf diese Thematik sehen viele Ärzte eine neue Berufsgruppe der Dokumentationsfachkraft als sinnvolle Entlastungsmaßnahme. Neben dem Aspekt der Entlastung in der Arbeitssituation der Ärzte/innen wären weitere Vorteile der Einheitlichkeit und der Qualität der Dokumentation durch den Einsatz von spezifisch geschultem Fachpersonal in der medizinischen Dokumentation denkbar (Markaritzer, 2009, S.8).

Methodik

Ausgangspunkt der Untersuchung war eine umfassende Literatur-recherche und Darstellung der Studienergebnisse im deutschsprachigen Raum. Basierend auf diesen Ergebnissen wurde ein quantitatives Befragungsinstrument entwickelt, welches in Onlineform bei 4 österreichischen Krankenanstaltenträgern seinen Einsatz fand. Danach wurden fünf leitfadengestützte Interviews mit leitenden Ärzte/innen, Führungskräften der Krankenhausverwaltung und Stabsleitungen der klinischen Strukturentwicklung durchgeführt, um aus unterschiedlicher Sichtweise von Personen mit Führungsexpertise tiefergehende Details zum Bedarf und der Qualifikation medizinischer Dokumentationsfachkräfte zu analysieren.

Ergebnisse

Beim Großteil der Stichprobe (n = 182) wird der Einsatz medizinischer Dokumentationsfachkräfte sowohl bei der Onlinebefragung als auch bei den Interviews nicht mehr infrage gestellt. Eigentlich bleibt nur offen, wie die Integration in der Praxis erfolgen soll. Bei 76% der Ärzte/innen wird sehr hoher und hoher Bedarf für den unmittelbaren Einsatz medizinischer Dokumentationsfachkräfte in ihren Abteilungen gesehen. Tendenziell wird der Bedarf in der Zentralkrankenanstalt mit 60 % geringer als in einem Standard- oder Schwerpunkt Krankenhaus mit 83 % gesehen. Drei Viertel der befragten ÄrztInnen sehen in der Implementierung medizinischer Dokumentationsfachkräfte eine persönliche Unterstützung bei ihrer Dokumentationstätigkeit. Der höchste Nutzen für ÄrztInnen bei der Unterstützung durch medizinische Dokumentationsfachkräfte wird im Zeitgewinn gesehen. Danach folgen eine lückenlose Dokumentation sowie wirtschaftliche Vorteile durch LKF-Optimierung.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse bestätigen die These, dass der Einsatz von medizinischen Dokumentationsfachkräften zu einer verstärkten Patientenorientierung sowie zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit der Ärzte/innen führen und die Kostentransparenz der Leistungserstellungsprozesse im Krankenhaus erhöhen kann. Um den entstehenden Bedarf an medizinischen Fachkräften im österreichischen Gesundheitswesen abdecken zu können, müssen aber neue Bildungswege für diese Zielgruppe entwickelt werden.



Detailmaßnahmenkatalog für die Ernährung für Kinder im Alter von vier bis zehn Jahren

S. Simetzberger, S. Langer, L. Sturm;

Österreichische Agentur für Ernährungssicherheit (AGES), Wien, Austria.

Hintergrund

Übergewicht und Adipositas im Kindesalter sind in Österreich bereits weit verbreitet. Angesichts dessen sind zielgruppenspezifische und lebensraumorientierte Gesundheitsförderungsmaßnahmen sowie die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen notwendig. Das Programm „Richtig essen von Anfang an!“ erarbeitete in Kooperation mit dem Fonds Gesundes Österreich daher einen Maßnahmenkatalog 2015 und darauf aufbauend einen Detailmaßnahmenkatalog 2016 für die Ernährung für 4- bis 10-Jährige. Das Ziel des Detailmaßnahmenkatalogs war die Darstellung von wissenschaftlich fundierten und wirksamen Interventionen im Bereich der Gesundheitsförderung für 4- bis 10-Jährige. Dabei wurden Erfolgsfaktoren der Projekte identifiziert und daraus Empfehlungen für die Umsetzung von Maßnahmen in Österreich abgeleitet.

Methoden

Für den Maßnahmenkatalog 2015 wurde national sowie international eine umfassende Recherche bei diversen Institutionen/Schnittstellen/Ministerien/Behörden/Fachzeitschriften/Datenbanken durchgeführt. Die recherchierten Projekte wurden anhand von definierten Kriterien im dualen Verfahren bewertet und „Models of Good Practice“/„Models of Promising Practice“ identifiziert. Die Bewertungskriterien waren an die „Qualitätskriterien zur Planung und Bewertung von Projekten der Gesundheitsförderung“ des FGÖ angelehnt. Für den Detailmaßnahmenkatalog 2016 wurden priorisierte Maßnahmen des Maßnahmenkatalogs 2015 erneut beurteilt und daraus Best-Practice-Modelle mit ihren Erfolgsfaktoren abgeleitet. Ein besonderes Augenmerk galt Interventionen mit einem Schwerpunkt auf sozial benachteiligte Familien/Familien mit Migrationshintergrund sowie der Identifizierung möglicher Zugänge zu diesen Bevölkerungsgruppen.

Ergebnisse

Für den Maßnahmenkatalog 2015 wurden 647 Projekte recherchiert und davon 449 bewertet. Daraus konnten 142 „Models of Good Practice“ und 22 „Models of Promising Practice“ identifiziert werden. Im Zuge der Erstellung des Detailmaßnahmenkatalogs 2016 wurden 98 Best-Practice-Modelle ermittelt. Der Detailmaßnahmenkatalog zeigt, dass bereits einige Maßnahmen zum Thema Ernährung für die Zielgruppe in Österreich durchgeführt werden, es in folgenden Bereichen dennoch verstärkten Handlungsbedarf gibt:

- Zielgruppenspezifische Ernährungsempfehlungen
- Gemeinschaftsverpflegungsstandards
- Setting Gastronomie
- Chancengerechter Zugang zu gesundheitsförderlicher Verpflegung
- Produktverbesserung von Lebensmitteln
- Zugang zu sozial benachteiligte Familien/Familien mit Migrationshintergrund

Schlussfolgerungen

Zukünftig sollte bei der Planung von Maßnahmen verstärkt darauf geachtet werden, auf die in den Katalogen ermittelten Handlungsoptionen abzielen. Dadurch kann zu einer Schließung der identifizierten Lücken beigetragen und ein ganzheitlicher Ansatz zur Schaffung gesundheitsförderlicher Umwelten der Zielgruppe unterstützt werden.

Kinder- und Jugendpsychiatrie - die Versorgung in Österreich

P. Kleinrad;

FH Burgenland, Pinkafeld, Austria

Hintergrund

Die Auswirkungen der heutigen Leistungsgesellschaft sind nicht zu unterschätzen. Auch Kinder und Jugendliche sind betroffen (u. a. Leistungsdruck in der Schule). Die Bedeutung psychischer Krankheitsbilder hat in Relation zu somatischen Erkrankungen jedenfalls zugenommen. In Österreich hat das Fachgebiet zwar im Allgemeinen eine lange Tradition und Geschichte (Heilpädagogik), das Sonderfach „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ ist in Österreich allerdings erst seit 2007 anerkannt. Zielsetzungen dieser Masterarbeit waren die Erforschung der Relevanz psychischer Krankheitsbilder im Kindes- und Jugendalter sowie eine umfassende Analyse der aktuellen Versorgungssituation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (inkl. einer empirischen Forschung).

Methoden

Die wissenschaftliche Arbeit bestand im Wesentlichen aus zwei Elementen: aus den „theoretischen Grundlagen“ und einer Empirie. Die Basis des Kapitels „Theoretische Grundlagen“ bildete eine umfassende Literaturrecherche (v. a. in diversen Online-Datenbanken). Um die optimale Grundlage für eine fundierte Analyse der Versorgungssituation zu schaffen, wurden aktuelle medizinische Versorgungseinrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie erhoben. Die empirische Forschung war quasi eine logische Konsequenz des vorangegangenen Kapitels: Die Expertise ausgewählter ExpertInnen stellt eine optimale Ergänzung der im „Theorie-Teil“ gewonnenen Erkenntnisse dar. Insgesamt wurden zehn qualitative ExpertInnen-Interviews persönlich durchgeführt.

Ergebnisse

Ein „Herzstück“ der Arbeit ist eine grafische Darstellung sämtlicher medizinischer Versorgungseinrichtungen in einer Österreich-Landkarte. Versorgungslücken sind auf der Karte auf den ersten Blick erkennbar. Vor allem ländliche Gebiete sind klar unterversorgt. Klar definierte Zielvorgaben laut (ÖSG) (z. B. wohnortnahe Versorgung) werden in manchen Gebieten nicht erfüllt. Außerdem sind die derzeit vorhandenen Versorgungseinrichtungen nach einer Bewertung mit Qualitätsindikatoren definitiv zu wenig. Wesentliche Erkenntnisse aus der Empirie (ExpertInnen-Interviews): Die „Gründung“ des Sonderfachs 2007 gilt als ein echter Meilenstein. Eklatanter Mangel an FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, „Mangelfach-Regelung“ Allgemeiner Verbesserungsbedarf in Bezug auf Versorgungsstrukturen. Generell mangelhafte Datenlage in Österreich (u. a. epidemiologische Daten).

Schlussfolgerungen

- Ergebnisse dieser wissenschaftlichen Arbeit sollen als Grundlage für strategische gesundheitspolitische Entscheidungsplanung dienen.
- Es besteht die Notwendigkeit eines umfassenden österreichweiten Versorgungskonzepts im Sinne einer integrierten Versorgung.
- Diese Masterarbeit soll Bewusstsein schaffen für die Relevanz des Sonderfachs.
- Hinweis auf Mängel und Defizite in der österreichischen Kinder- und Jugendpsychiatrie.
- Auf Kindergesundheit sollte allgemein mehr Augenmerk gelegt werden. Denn: Kinder sind unser wertvollstes Gut und unsere Zukunft!



Multimorbidität und assoziierte Kosten in Österreich - eine Abschätzung anhand von Abrechnungsdaten der Österreichischen Sozialversicherungsträger

*C. Trischak, C. Gfrerer, G. Gredinger, C. Lohr, R. Ruda, S. Reitter-Pfoertner;
CCIV/WGKK, Wien, Austria.*

Hintergrund

Durch die steigende Lebenserwartung und die damit verbundene Alterung der Gesellschaft tritt auch Multimorbidität häufiger auf, was Gesundheitssysteme vor neue Herausforderungen in der Versorgung stellt. Ziel der Arbeit war es, die Prävalenz von Multimorbidität in der österreichischen Bevölkerung ab 65 Jahren zu beschreiben sowie damit verbundene Kosten abzuschätzen.

Methode

Quantitative Analyse auf Basis von Abrechnungsdaten der Österreichischen Krankenversicherungsträger aus dem Jahr 2013. Konkret wurden in diesem Kontext ICD-Diagnosen aus den Krankenhausaufenthaltsdaten und ATC-Codes aus den Heilmittelabrechnungsdaten zur Identifikation chronischer Erkrankungen herangezogen. Zur Kostenabschätzung wurden Personen mit einer chronischen Erkrankung jenen mit zwei bzw. drei und mehreren chronischen Erkrankungen gegenübergestellt und miteinander verglichen.

Ergebnisse

Insgesamt konnten 1.298.696 Personen mit chronischer Erkrankung identifiziert werden. Multimorbidität (ab drei chronischen Erkrankungen) trat bei 46% auf, die Häufigkeit nahm mit dem Alter kontinuierlich zu (37% in der Altersgruppe 65 bis 69 Jahre, 56% in der Altersgruppe 85 Jahre und älter) und war bei Frauen generell höher als bei Männern (51% vs. 40%). Bezüglich der österreichweiten Verteilung fand sich ein leichtes Ost-West-Gefälle. In der Kostenabschätzung zeigte sich, dass die Kosten bei drei und mehr Erkrankungen rapide ansteigen (das getrimmte Mittel pro Person lag in der Kostenübersicht in den drei analysierten Gruppen bei 1.160 vs. 1.990 vs. 4.598 EUR). Höheres Alter war in allen drei betrachteten Gruppen mit höheren Kosten assoziiert. In der Auswertung nach Geschlecht zeigte sich, dass die Kosten bei Männern höher liegen als bei Frauen (v.a. in der Gruppe mit drei oder mehr Erkrankungen), was v.a. durch eine höhere Anzahl an Spitalaufenthalten bedingt ist.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse zeigen, dass Multimorbidität mit dem Alter gehäuft und häufiger bei Frauen als bei Männern auftritt. Naturgemäß besteht ein Zusammenhang zwischen Multimorbidität und Kosten. Allerdings zeigte sich in der Gruppe der Personen mit drei und mehr Erkrankungen ein besonders starker Kostenanstieg. Insgesamt dürften für die höheren Kosten auch andere Faktoren verantwortlich sein, worauf die Tatsache hindeutet, dass Frauen zwar häufiger von Multimorbidität betroffen sind, die Kosten allerdings bei Männern höher liegen. Diese zusätzlichen Faktoren, die einen Einfluss auf höhere Kosten haben können, sollten künftig näher analysiert werden.

Studierendenkongresse als Möglichkeit den akademischen Nachwuchs für die Forschung zu motivieren

N. Lorenzoni¹, C. Vajda²;

¹UMIT - Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hall in Tirol, Austria,

²Medizinische Universität Graz|Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Graz, Austria.

Hintergrund

In seiner Empfehlung unterstreicht der Österreichische Wissenschaftsrat die Notwendigkeit der Stärkung des wissenschaftlichen Nachwuchses durch zielgerichtete und umfassende Förderung (Österreichischer Wissenschaftsrat, 2007). Gängige Maßnahmen Studierende für die Wissenschaft zu gewinnen sind Wahlfächer, Ausschreibung von Diplomarbeiten in aktuellen Forschungsprojekten oder Stellenangebote als studentische Hilfskräfte. Eine weitere Option zur Förderung ist die Präsentation eigener Forschungsideen auf einem Studierendenkongress. Wissenschaftliche Konferenzen bieten Studierenden eine geeignete Plattform die eigene Forschung zu präsentieren, die Verbindung zwischen Forschung, Theorie und Praxis zu erkennen und ermöglichen ihnen eine klarere Vorstellung der Arbeit in der Forschung. Ziel der durchgeführten Befragung war es unter anderem zu erheben, ob die Teilnahme der Studierenden aus dem Bereich Health Sciences an einem Studierendenkongress zu einem gesteigerten Interesse an weiterer Forschungstätigkeit beiträgt.

Methoden

Im Zuge des International Student Congress in Graz (ISC2016) wurden die Teilnehmer/-innen vor Kongressbeginn zu einer anonymen Fragebogenerhebung (Paper-Pencil; Erhebung soziodemographische Daten; 11 Items unter anderem hinsichtlich Teilnahmemotivation, Einfach-/und Mehrfachantworten möglich) eingeladen.

Ergebnisse

138 Teilnehmer/-innen (50,7% männlich) des ISC2016 nahmen an der Erhebung teil. Für 39 (28%) war dies die erste Teilnahme an einem Studierendenkongress. 31 (22%) besuchten zum zweiten Mal eine derartige Tagung, 46 (33%) zwischen dem dritten und fünften Mal und 22 Personen (16%) bereits mehr als fünfmal. Diejenigen, die bereits eine Vorerfahrung im Besuch von Studierendenkongressen vorwiesen, wurden zudem befragt ob sie eine Teilnahme weiterempfohlen hätten. 98 von 99 (99%) stimmten dieser Aussage zu. Ebenfalls wurde abgefragt ob das Interesse an der Forschung durch die Teilnahme an einem Studierendenkongress noch weiter gestiegen sei, wovon 94 von 99 (95%) zustimmten.

Schlussfolgerung

Eine überwiegende Mehrheit jener Studierenden, die bereits einmal an einem Studierendenkongress teilnahmen, berichtet, dass ihr Interesse an der Forschung nach einer Absolvierung zunahm. Des Weiteren empfahlen 99% dieser Studierenden eine Teilnahme weiter. Studierendenkongressen stellen somit aus Sicht der Autor/-innen eine wertvolle Ergänzung bei den Bestrebungen dar, Studierende für die Forschung zu motivieren und könnten durch die hohe Empfehlungsmotivation der teilnehmenden Personen einen wichtigen Multiplikatoreffekt zur Stärkung des Interesses von Studierenden an der Forschung darstellen.

Quellen

Österreichischer Wissenschaftsrat (2007). Empfehlungen zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in Österreich.



Sport und Instagram: Motivation und Frustration durch die Nutzung von Social Media

K. Moser¹, H. Stummer², E. Nöhammer², S. Angerer²;

¹Privatuniversität Schloss Seeburg, Seekirchen am Wallersee, Austria, ²UMIT, Hall in Tirol, Austria.

Hintergrund

Die Nutzung sozialer Netzwerke korrespondiert mit und beeinflusst in vielen Bereichen des Lebens die Motivation und in Folge das Verhalten weiter Teile der Bevölkerung. Insbesondere bei jüngeren Altersklassen betrifft dies auch das Gesundheitsverhalten. Beim Essverhalten gibt es inzwischen Evidenz des Zusammenhangs zwischen der Nutzung sozialer Netzwerke und dem tatsächlichen Verhalten. Wie sieht es hier bei der Motivation zu Sport aus? Erhöht der Konsum von Nachrichten aus sozialen Netzwerken über sportliche Aktivitäten die eigene Motivation dafür oder führt es zu Frustration, weil andere scheinbar mehr leisten?

Methoden

Die folgende Arbeit untersucht die Frage nach Motivation und Frustration und Wettbewerbsempfinden betreffend eigener sportlicher Aktivität am Beispiel der Nutzung von Instagram. Mittels eines Online-Fragebogens mit 24 Items basierend auf dem BMZI wurden 141 Personen zwischen 18 und 30 Jahren zu Motivation, Frustration und Wohlbefinden in Zusammenhang mit der Nutzung von Instagram im Kontext sportlicher Aktivitäten befragt.

Ergebnisse

Es gibt zwar einen positiven Zusammenhang zwischen der Nutzung von sportlichen Beiträgen auf Instagram und der eigenen Motivation Sport zu betreiben, allerdings ist hier die Kausalität fraglich. Bei Wettbewerbsempfinden im sportlichen Bereich konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den NutzerInnen und Nicht-NutzerInnen dieses Dienstes festgestellt werden, allerdings zeigt sich die eigene Frustration bei Nutzung fremder Sportnachrichten höher als bei NichtnutzerInnen.

Schlussfolgerungen

Es scheint, als würde das Ansehen sportlicher Bilder auf Instagram die eigene Motivation Sport zu betreiben erhöhen. Die Frustration, gewisse Leistungen nicht zu erreichen, kann jedoch ebenso höher ausfallen. Da es sich um eine Querschnittstudie handelt ist allerdings – trotz theoretischer Fundierung – die Kausalität unklar, ein Experiment könnte hier mehr Klarheit schaffen.

Nature Relatedness and Wellbeing of Older Aged Horseback Riders

G. Schwarzmüller-Erber^{1,2}, M. Kundi², M. Maier³;

¹Fachhochschule Campus Wien, Wien, Austria, ²Medizinische Universität Wien/Zentrum für Public Health, Wien, Austria,

³Medizinische Universität Wien/ Zentrum für Public Health/Abteilung für Allgemeinmedizin, Wien, Austria.

Background

Connectedness to nature and pet-ownership seem to provide health benefits. It also facilitates social contacts. Whether horseback riding is related to similar benefits, especially in older aged persons, is, however, unknown.

Aim

This study aimed to assess and evaluate the effect of horseback-riding on subjective health and well-being and on relatedness to nature of older aged (45+) riders in Austria. Nature relatedness will be evaluated and physical, psychological and social aspects will be assessed.

Methods

Between June 2015 and June 2016 horseback-riders, dog owners and controls without pet ownership were enrolled. Connectedness to nature was assessed by the Nature Relatedness Scale, for physical and psychological health the "Fragebogen zum habituellem Wohlbefinden" (FAHW 12) was used.

Results

Overall 178 persons completed the questionnaire. Mean +/- SD of age was 58 +/- 10 years. Regarding nature relatedness and well-being highly significant differences between riders, dog owner and controls without pets ($p < 0.001$) were found. Riders and dog owners have higher nature relatedness scores and feel healthier than people without pets. Age, sex, education, marital status and BMI did not confound these relationships.

Conclusions

Animal owners and in particular riders demonstrate higher relatedness to nature and better subjective health and well-being. Due to the cross-sectional nature of the design a causal interpretation is not possible. Nevertheless, health benefits from animal ownership and especially from contact with horses seem possible.

Posterpräsentationen IIb





Die Versorgung am Lebensende - Auf dem Weg zum biopolitisch „effizienten Sterben“?

W. J. Stronegger;

Institut für Sozialmedizin, Med. Univ. Graz, Graz-, Austria.

Hintergrund

Die Professionalisierung und Ausbreitung der Hospiz- und Palliativversorgung ruft neben Akzeptanz und enthusiastischer Zustimmung auch kritische Einwände hervor. Der Soziologe Reimer Gronemeyer sieht diese Bewegung durch Medikalisierung und Ökonomisierung des Sterbens auf dem Weg zu einem „qualitätskontrollierten Sterben“: „Die Hospizarbeit würde dann einer ‘Industrialisierung des Sterbens’ weichen, das von DIN-Normen, von terminaler Sedierung und zertifizierter Spiritualität (sowie einer Prise finaler Wellness) gekennzeichnet sein dürfte.“ Er diagnostiziert damit eine Entwicklung, die zum Beispiel Ivan Illich bereits 1975 prognostizierte. Die Herausbildung eines „palliativen Dienstleistungssektors“ für „Sterbekunden“ werde gemäß Gronemeyer in weiterer Folge die Frage aufwerfen, wie lange „man sich dem ‘Kundenwunsch’ nach Euthanasie verweigern“ werde können. In einem aktuellen Artikel der Zeitschrift Ethik in der Medizin (2016) mit dem Titel „Leben machen, sterben lassen - Palliative Care und Biomacht“ geht Nina Streeck in der kritischen Hinterfragung noch einen Schritt weiter, indem sie die politische Forderung nach „Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“ als eine „politische Konkretion der Biomacht“ nach Michel Foucault beschreibt, im Einklang mit welcher ein „effizientes Sterben angestrebt“ werde.

Methoden

Gemäß dem von Michel Foucault Mitte der 1970er Jahre präsentierten Konzept der Biopolitik traten nach dem Westfälischen Frieden „das Leben und der Körper“ der Menschen zunehmend in „die Ordnung des Wissens“ und „in das Feld der politischen Techniken“ ein. Nach einer von uns vorgestellten These (Imago Hominis 23, 2016) gab es eine historische Ausdehnung der Interventionsfelder der Biopolitik in Form von Zyklen. Dabei folgt in jedem Zyklus auf eine Phase der staatlichen Etablierung biopolitischer Machttechniken eine Phase der Subjektivierung der neuen Normen und Wissensapparate.

Ergebnisse

Die letzte Lebensphase qualitätsbezogenen Normierungen zu unterwerfen geht einher mit der Gefahr einer Medikalisierung des Sterbens. Nicht alle Normierungen in der Versorgung Sterbender aber sind per se Normenbildungen im Sinne von Foucaults Biopolitikkonzept. Grundsätzlich gehört zu den Strategien der Biomacht die Steigerung der Lebensprozesse (*faire vivre*), aber auch die Vernichtung von Leben (*faire mourir*) auf der Grundlage von Bewertungen und Praktiken.

Schlussfolgerungen

Ausgehend von Foucaults Biomachtkonzept sind in einer Kritik der Palliative Care Bewegung mehrere machttechnische Ebenen zu berücksichtigen, sodass eine nur auf Lebenssteigerungsstrategien beruhende Einordnung der Entwicklungen zu kurz greift.

(R)adOmnes - Radverkehrsförderung in der Alltagsmobilität für alle VerkehrsteilnehmerInnen

S. Titze¹, A. Kruse¹, P. Samide¹, A. van Dulmen², S. Tiran³, J. Jaunig¹;

¹Institut für Sportwissenschaft, Universität Graz, Graz, Austria, ²Institut für Straßen- und Verkehrswesen, TU Graz, Graz, Austria, ³BikeCityGuide Apps GmbH, Graz, Austria.

Hintergrund

Körperliche Aktivität ist mit positiven Auswirkungen auf die Gesundheit verbunden. Regelmäßige Bewegung erhöht die kardiorespiratorische Fitness und senkt das Risiko für Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen. Bewegung trägt ebenfalls zur Prävention und Verringerung von Übergewicht bei. Die aktive Mobilität bietet eine Möglichkeit, regelmäßig Bewegung in den Alltag zu integrieren. In der Public Health Forschung wurden Modelle und Theorien entwickelt, wie regelmäßige Bewegung auf Bevölkerungsebene gefördert werden kann. Häufig verwendete Strategien in den Modellen sind die Zielformulierung und die Belohnung. Ein Teilziel des Projekts ist es zu untersuchen, wie spezifische Rückmeldungen beziehungsweise Anreize, prototypisch integriert in eine Smartphone-App, von den StudienteilnehmerInnen angenommen werden. Das Forschungsprojekt (R)adOmnes wird als FFG Projekt (Nr. 855004) vom Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie (BMVIT) gefördert.

Methoden

Es wird eine Interventionsstudie mit einer Stichprobengröße von 50 Personen im Alter von 18 bis 65 Jahren durchgeführt. Die Basiserhebung begann Ende März 2017. Die StudienteilnehmerInnen erhielten vor der Intervention einen online-Fragebogen zur Erfassung soziodemographischer Daten, der Affinität zu Apps und des Bewegungsverhaltens in den Kontexten Arbeit, Freizeit und Mobilität. Sie bekamen ebenfalls ein Radfahrtagebuch, zum Eintragen aller Radfahrten in der Stadt Graz, getätigt innerhalb von 7 Tagen. Während des dreiwöchigen Interventionszeitraumes werden die TeilnehmerInnen ihre Radrouten mittels Smartphone-App („Bike Citizens“) aufzeichnen. Zusätzlich werden sie aufgrund der zurückgelegten Wege sowohl gesundheitsbezogene Rückmeldungen zum Radfahrverhalten als auch Anreize/Belohnungen zur Motivationssteigerung in Form von „achievement badges“ nach Erreichung definierter Ziele erhalten. In der dritten Interventionswoche wird parallel zur App-Nutzung erneut das Radfahrtagebuch ausgefüllt, um mögliche Veränderungen im Radfahrverhalten feststellen zu können. Das Radtagebuch ist eine zusätzliche Methode, falls mit der App nicht alle Wege aufgezeichnet wurden. Nach Interventionsende (Mitte Mai) werden die Studienteilnehmer/innen gebeten, mittels Fragebogen zu beschreiben, wie Ihnen die App-Rückmeldungen während der drei Wochen gefallen haben, ob die Rückmeldungen angenehm und eine Anregung waren, das definierte Ziel zu erreichen. Weiter ist geplant mit 10% der Teilnehmer/innen Interviews zu führen, um Informationen zu erhalten, welche Reaktionen die App bei den Befragten auslösten.

Ergebnisse

In der Präsentation werden das Studiendesign, die Smartphone-App und die Baseline-Ergebnisse vorgestellt.



Die Rolle biologischer Faktoren bei Geschlechterunterschieden in Erkrankungen: Was wir von Ordensleuten lernen können

A. Wiedemann;

Wittgenstein Centre (IIASA, VID/ÖAW, WU), Vienna, Austria.

Hintergrund

Dieser Beitrag behandelt aus sozialwissenschaftlicher Perspektive die Rolle biologischer Faktoren bei der Erklärung von Geschlechterunterschieden in der Gesundheit. Männer leben durchschnittlich einige Jahre kürzer als Frauen und bisherige Studien haben gezeigt, dass ungefähr ein bis zwei Jahre davon geschlechtsspezifischen Unterschieden in Physiologie und Genen zugeschrieben werden können. Doch besteht ein Gesundheitsvorteil der Frauen aufgrund biologischer Unterschiede auch bei der Betrachtung anderer Indikatoren, wie etwa bestimmten Krankheiten? Die Schwierigkeit hierbei ist die simultane Wirkung von biologischen und nicht-biologischen (z.B. sozioökonomischen, verhaltens- oder umweltbedingten) Faktoren. Um nun biologische Faktoren zu isolieren und Verzerrungen durch exogene Störfaktoren zu minimieren, wird die Subpopulation katholischer Ordensleute untersucht. Ihr Leben findet unter einheitlichen Rahmenbedingungen statt, wodurch sie sich sehr ähnlich sind. Anhand des Forschungsdesigns ist daher für die größten individuellen und geschlechtsspezifischen Unterschiede in nicht-biologischen Faktoren kontrolliert. Gesundheitsunterschiede zwischen männlichen und weiblichen Ordensleuten wären folglich ein Anzeichen für den Einfluss biologischer Faktoren.

Methoden

Die Daten stammen von der ersten Welle des Längsschnittsurveys der „Aging Study of Catholic Order Members“ (ASCOM). Der Datensatz basiert auf einem selbst auszufüllenden Fragebogen und umfasst 1.158 Ordensleute im Alter von 50+ Jahren aus Österreich und Deutschland. Der Zusammenhang zwischen Geschlecht und Krankheit wird anhand von logistischen Regressionsmodellen untersucht. Um den Einfluss weiterer potenzieller Störvariablen zu reduzieren, werden in den multivariaten Analysen schrittweise typische Risikofaktoren wie Alter, Bildung und Gesundheitsverhalten berücksichtigt.

Ergebnisse

Für die Mehrheit der neun untersuchten Krankheitsgruppen (u.a. Krebs, kardiometabolische Gesundheit etc.) gibt es keinen Hinweis, dass den Geschlechterunterschieden allenfalls eine biologische Komponente zugrunde liegt. Die Ergebnisse legen jedoch nahe, dass Frauen aufgrund eines biologischen Nachteils anfälliger für das Auftreten von Katarakt ($OR=2,2$; $p<0.01$) und gängiger muskuloskelettaler Krankheiten ($OR=3,9$; $p<0.001$) sind. Signifikante Geschlechterunterschiede in Gallen-/Leber-/Nierenkrankheiten konnten durch geschlechtsspezifische Unterschiede in Risikofaktoren erklärt werden.

Schlussfolgerungen

Die ermittelten Geschlechterunterschiede in Erkrankungen sind zugunsten von Männern. Dieser Gesundheitsvorteil zeigt sich jedoch in Krankheiten die vergleichsweise schwach mit Mortalität verknüpft sind, wodurch er grundsätzlich nicht im Widerspruch zur männlichen Übersterblichkeit steht. Eine allgemeine gesellschaftspolitische Implikation der Ergebnisse ist, dass nicht-biologischen und somit beeinflussbaren Faktoren im Vergleich zu biologischen Faktoren wohl eine größere Bedeutung hinsichtlich von Geschlechterunterschieden in Krankheiten zukommt.

Tabelle 1: Übersicht über die signifikanten Zusammenhänge zwischen Geschlecht und ausgewählten Krankheiten basierend auf multiplen logistischen Regressionsanalysen, ASCOM Survey, 2012

		Model 1				Model 1				Model 1			
		OR	SE	p		OR	SE	p		OR	SE	p	
Muskuloskelettale Krankheiten													
	Alter	1.07	0.01	0.000	***	1.07	0.01	0.000	***	1.07	0.01	0.000	***
Geschlecht	weiblich (Ref=männlich)	3.88	0.16	0.000	***	4.21	0.21	0.000	***	3.92	0.22	0.000	***
Aufenthaltort	alleine (Ref=Gemeinschaft)					1.19	0.37	0.648		1.19	0.37	0.642	
Vorsorgeuntersuchung	nein (Ref=ja)					0.61	0.18	0.006	**	0.61	0.18	0.005	**
körperliche Aktivität	inaktiv (Ref=aktiv)					1.09	0.19	0.634		1.09	0.19	0.658	
Flüssigkeitszufuhr/Tag	wenig (Ref=1+ Liter)					0.28	0.49	0.010	**	0.28	0.49	0.010	**
Nahrung	fleischlastig (Ref=gemüselastig)					0.93	0.20	0.694		0.94	0.20	0.758	
Alkoholkonsum	nein/hoch (Ref=moderat)					1.09	0.27	0.739		1.09	0.27	0.762	
(Ex-)Raucher	ja (Ref=nein)					0.84	0.22	0.449		0.85	0.22	0.466	
Getränk	andere (Ref=ungesüßt)					1.00	0.25	0.998		1.01	0.25	0.979	
Bildung	niedrig/mittel (Ref=hoch)									1.19	0.19	0.372	
Katarakt		OR	SE	p		OR	SE	p		OR	SE	p	
	Alter	1.14	0.01	0.000	***	1.15	0.01	0.000	***	1.15	0.01	0.000	***
Geschlecht	weiblich (Ref=männlich)	1.76	0.18	0.001	**	2.38	0.23	0.000	***	2.21	0.25	0.001	**
Aufenthaltort	alleine (Ref=Gemeinschaft)					0.55	0.46	0.198		0.56	0.46	0.201	
Vorsorgeuntersuchung	nein (Ref=ja)					0.70	0.19	0.060		0.69	0.19	0.051	
körperliche Aktivität	inaktiv (Ref=aktiv)					0.99	0.20	0.967		0.99	0.20	0.967	
Flüssigkeitszufuhr/Tag	wenig (Ref=1+ Liter)					1.54	0.42	0.301		1.54	0.41	0.299	
Nahrung	fleischlastig (Ref=gemüselastig)					1.08	0.21	0.712		1.11	0.21	0.621	
Alkoholkonsum	nein/hoch (Ref=moderat)					1.29	0.29	0.380		1.28	0.29	0.389	
(Ex-)Raucher	ja (Ref=nein)					1.27	0.25	0.332		1.28	0.25	0.315	
Getränk	andere (Ref=ungesüßt)					1.67	0.27	0.053		1.68	0.27	0.050	
Bildung	niedrig/mittel (Ref=hoch)									1.18	0.21	0.429	
Gallen-/Leber/-Nierenkrankheiten		OR	SE	p		OR	SE	p		OR	SE	p	
	Alter	1.05	0.01	0.000	***	1.05	0.01	0.000	***	1.05	0.01	0.000	***
Geschlecht	weiblich (Ref=männlich)	1.39	0.18	0.070	.	1.22	0.23	0.391		1.02	0.25	0.935	
Aufenthaltort	alleine (Ref=Gemeinschaft)					1.47	0.40	0.332		1.52	0.21	0.047	*
Vorsorgeuntersuchung	nein (Ref=ja)					1.00	0.19	0.999		1.48	0.40	0.331	
körperliche Aktivität	inaktiv (Ref=aktiv)					0.96	0.20	0.843		0.99	0.19	0.950	
Flüssigkeitszufuhr/Tag	wenig (Ref=1+ Liter)					0.70	0.47	0.439		0.94	0.20	0.781	
Nahrung	fleischlastig (Ref=gemüselastig)					1.00	0.22	0.986		0.71	0.47	0.454	
Alkoholkonsum	nein/hoch (Ref=moderat)					0.68	0.34	0.265		1.00	0.22	0.991	
(Ex-)Raucher	ja (Ref=nein)					0.73	0.26	0.226		0.67	0.34	0.243	
Getränk	andere (Ref=ungesüßt)					1.06	0.27	0.818		0.74	0.26	0.249	
Bildung	niedrig/mittel (Ref=hoch)									1.08	0.27	0.776	

. p<0.1; * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001



Sachlich unbegründeter Alarmismus in der Prävention am Beispiel „Stillen und Alkohol“

A. Uhl;

Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Austria.

Es ist in der Fachwelt völlig unbestritten, dass starker Alkoholkonsum bei werdenden Müttern einen sehr negativen Einfluss auf die Entwicklung des ungeborenen Kindes nehmen kann und man daher aus Sicherheitsgründen Schwangeren unbedingt raten sollte, gänzlich auf Alkohol zu verzichten - auch wenn der wissenschaftliche Nachweis, dass auch geringe Mengen Alkohol geringe Beeinträchtigungen verursachen können, aus methodologischen Gründen kaum gelingen kann. Geringe Effekte sind grundsätzlich nur schwer nachweisbar.

Völlig unverantwortlich ist es allerdings, stillenden Müttern, die neun Monate auf jeglichen Alkohol verzichten mussten, auch in der Stillzeit völlige Alkoholabstinenz nahelegen oder sie dazu aufzufordern, vor dem Alkoholkonsum Muttermilch abzapfen und die Säuglinge dann mit der Flasche zu füttern. Infolge der „doppelten Verdünnung“ vom alkoholischen Ursprungsgetränk zur Muttermilch und weiter zum kindlichen Organismus ist der Alkoholgehalt in der Muttermilch vernachlässigbar gering. Trinkt eine stillende Mutter zwei Achtelliter Wein, so beträgt der Alkoholgehalt in ihrer Muttermilch maximal ein Fünftel des Alkoholgehalts von frisch gepresstem Apfelsaft oder Brot bzw. ein Zwölftel des Alkoholgehalts von reifen Bananen, Sauerkraut oder Kefir - um nur einige Nahrungsmittel zu nennen. Babys erzeugen in ihrem Organismus aus Zucker und Stärke laufend geringe Mengen Alkohol, der allerdings sehr rasch wieder abgebaut wird, und die zusätzliche Menge Alkohol aus der Muttermilch, wenn die Mutter zuvor zwei Achtelliter Wein getrunken hat, ist - wie wissenschaftliche Untersuchungen eindeutig belegen - in maximal vier Minuten abgebaut.

Natürlich sollten Eltern im Sinne der Vorbildwirkung mit Alkohol verantwortungsvoll umgehen - das betrifft allerdings Väter und Mütter gleichermaßen. Auch dass exzessiver elterlicher Alkoholkonsum Kinder enorm belastet, steht außer Frage. Das rechtfertigt aber nicht, stillende Mütter, die moderat Alkohol konsumieren möchten, also am Abend gelegentlich ein Achtel Wein zum Essen trinken wollen mit unrichtigen Behauptungen zu verunsichern und zu belasten oder gar zu diskriminieren.

Diffusion von Public Health Wissen durch unterschiedliche Bildungswege und berufliche Tätigkeitsfelder von FH-AbsolventInnen

E. Adamer-König, D. Binder, S. Tuttnner, F. M. Amort;

FH JOANNEUM University of Applied Sciences, Bad Gleichenberg, Austria.

Hintergrund

Public Health (PH) und Gesundheitsmanagement gewannen in Österreich in den letzten Jahren an Bedeutung. Das stetig wachsende Angebot an Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in diesem Bereich leistete dafür einen wesentlichen Beitrag. Während Weiterbildungsangebote primär Personen ansprechen, die bereits in unterschiedlichen Bereichen der PH tätig sind, bilden die Fachhochschulen (FH) mit ihren Bachelor- und Masterlehrgängen Personen aus, die nach Ausbildungsende neben den klassischen PH-Bereichen auch in anderen Berufsfeldern tätig werden. PH-Grundwissen wird so in unterschiedlichste Wirtschaftssektoren diffundiert. Im Rahmen einer AbsolventInnenbefragung wurden die Ausbildungs- und Berufswege von MasterabsolventInnen des Instituts Gesundheits- und Tourismusmanagement der FH JOANNEUM analysiert.

Methode

Deskriptive Auswertung einer Onlineerhebung. Von N=343 MasterabsolventInnen beteiligten sich im November 2016 n=42 (12,2%) an der Umfrage.

Ergebnisse

Mehr als die Hälfte (57,5%) der StudienteilnehmerInnen verfügte vor Beginn des Studiums über eine Bachelor- und 25% über eine MA-Ausbildung einer österreichischen FH. Je 7,5% absolvierten zuvor ein Bachelorstudium im Ausland bzw. verfügten über einen inländischen Universitätsabschluss und 2,5% über einen postsekundären Studienabschluss. Knapp ein Drittel (27,5%) ist zum Zeitpunkt der Befragung nach eigenen Angaben im Bereich Gesundheitsmanagement und PH tätig, weitere im 20% im Sport- und Eventmanagementbereich und 45% im Bereich des (Gesundheits)Tourismus und Freizeitmanagement. Sechs Monate nach Studienende verfügten 80% der TeilnehmerInnen über einen Arbeitsplatz, kein/e AbsolventIn war nach Studienende länger als ein Jahr arbeitslos. Die AbsolventInnen schätzten unabhängig vom beruflichen Tätigkeitsfeld die Anwendbarkeit der PH-Kernkompetenzen als hoch ein, wobei insbesondere das Thema der Überwindung der gesundheitlichen Ungleichheit durch Partizipation und Empowerment hervorsticht. Jede/r zweite AbsolventIn würde das Studium abermals wählen, wobei als Stärken einer solchen Ausbildung der Praxisbezug der Ausbildung mit 23,6% unter allen Nennungen voranliegt. 9% der AbsolventInnen planen ein weiterführendes Universitätsstudium, ein ErhebungsteilnehmerIn befand sich zum Zeitpunkt der Erhebung in einem Doktoratsstudium.

Schlussfolgerungen

PH-Grundwissen wird unabhängig der Bildungs- und Berufswege als anwendungsrelevant empfunden. Da diese Analyse auf einem sehr kleinem Sample beruht, wird eine gemeinsame Analyse aller AbsolventInnen der Fachhochschulstudiengänge im Bereich Public Health und Gesundheitsmanagement empfohlen.



Bedarfsanalyse der MS-Gesellschaften und MS-Selbsthilfe in Österreich

F. M. Amort, C. Zipp, S. Tuttner;

FH JOANNEUM University of Applied Sciences, Bad Gleichenberg, Austria.

Hintergrund

Multiple Sklerose (MS) ist in Mitteleuropa die häufigste chronisch-entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems, von der in Österreich rund 12.500 Personen betroffen sind. Die Symptomatik der MS beeinträchtigt trotz verbesserter Behandlungsmöglichkeiten, die individuelle Lebensqualität der betroffenen Menschen, ihre Teilhabe am sozialen Leben aber auch das aktive Erwerbsleben. Selbsthilfe (SH) ist neben der medizinischen Versorgung eine zentrale Ressource für das Selbstmanagement der Betroffenen. In Österreich existieren bundesweite und länderspezifische Organisationen sowie 50 regionale Selbsthilfegruppen. Etwa zwei Drittel aller Betroffenen in Österreich sind Mitglied einer SH-Gruppe, jedoch treten immer weniger neu diagnostizierte MS-PatientInnen bei. Stattdessen werden Informationen zur Krankheit und Unterstützungsmöglichkeiten über andere Kommunikations- und Informationswege eingeholt. Selbsthilfegruppen benötigen durch diese sich verändernden Rahmenbedingungen zusätzliche Ressourcen und Unterstützungsleistungen, um auf lokaler Ebene effektiv auf die Bedürfnisse und Bedarfe der Betroffenen eingehen zu können.

Methode

Die Methodik umfasst einen mehrstufigen Prozess. Die Ergebnisse des Desk-Research bilden die existierenden Strukturen und Angebote für die Betroffenen ab. Leitfragengestützte Interviews (3-5 pro Bundesland) mit VertreterInnen der SH Selbsthilfegruppen und Landesverbänden zeigen Bedarfe und Bedürfnisse der MS-Selbsthilfe auf. Zusätzlich ermöglichen mehrere Reflexionsschleifen einen hohen Partizipationsgrad und vervollständigen die Erhebungen zur Ableitung zukünftiger strategischer Ziele.

Aktueller Projektstand

Die durchgeführte Analyse bildet Bedarfe und Bedürfnisse der MS-Selbsthilfegruppen in Österreich ab. Die Ergebnisse werden in einer zusammenfassenden SWOT-Matrix dargestellt und werden so für die zukünftige Strategiewerksausrichtung aufbereitet.

Diskussion

Dieses Projekt ist Beispiel für eine angewandte wissenschaftliche Unterstützung von SH im Bereich der Managements und organisationaler Gesundheitskompetenz und kann auf andere SH-Felder übertragen werden.

Messung von Bewegungskompetenz „Physical Literacy“ bei Erwachsenen

P. Holler¹, S. Tuttner¹, F. Amort¹, O. Moser²;

¹FH JOANNEUM – University of Applied Sciences, Institute of Health and Tourism Management Austria, Bad Gleichenberg, Austria, ²Swansea University – Applied Sport, Technology, Exercise and Medicine Research Centre (A-STEM), Swansea, United Kingdom.

Aktuell gibt es noch keinen Consensus bezüglich des Terminus „Physical Literacy (PL)“. Die Definitionen von Whitehead (2016) sowie von Tremblay und Lloyd (2010), die PL als holistisches Konzept beschreiben, das neben physischen und affektiven Aspekten, auch kognitive und verhaltensorientierte Elemente der körperlichen Bewegung umfasst, sind im internationalen Kontext aber allgemein anerkannt. Ein standardisiertes Messinstrument, das PL ganzheitlich erfasst, ist gegenwärtig nur für Schulkinder (Alter 8 bis 15 Jahren) erprobt und validiert. Aktuelle Forschungsarbeiten zeigen auf, dass sich bestehende Instrumente zur Messung der PL im Erwachsenenbereich nur auf Teilaspekte des PL-Konzeptes beziehen und für die Praxis oftmals zu umfassend sind. Ziel dieser Arbeit ist es, ein holistisches Messinstrument der PL für erwachsene Personen zu entwickeln. Valide Fragebögen und Subskalen aus validen Fragebögen wurden zu einem singulären Messinstrument kombiniert, das alle Aspekte der PL erfasst.

Der neu konzipierte Fragebogen besteht aus 79 Items und erfasst PL über folgende 5 Dimensionen: Physische Aktivität, Motivation zu körperlicher Bewegung, Haltung zu einem physischen aktiven Lebensstil, Wissen über körperliche Bewegung und Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein in Bezug auf physische Aktivität. Das Ergebnis des ausgewerteten Fragebogens bildet die PL als Prozentwert zwischen 0 und 100 ab, wobei höhere Werte eine bessere PL darstellen. Jede Dimension geht dabei zu gleichen Teilen, mit jeweils 20 %, in die Gesamtscore der PL mit ein. Zwischen Oktober 2016 und Februar 2017 wurde der Fragebogen bereits bei inaktiven Personen (n = 89) angewandt. Dabei wurde eine PL zwischen 15 und 75 % gemessen (M = 58,04; SD = 11,26).

Aktuell wird er bei weiteren inaktiven Personen (n = 90) eingesetzt, um Korrelationen der PL mit demografischen und sozioökonomischen Determinanten zu untersuchen. Zudem ist eine konfirmatorische Faktorenanalyse geplant, um das Messinstrument zu operationalisieren.



This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Notizen

[illegible]



This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Notizen

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

ISBN: 978-3-200-05094-5

Herausgeber: Österreichische Gesellschaft für Public Health (ÖGPH), Verleger: Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), 1051 Wien, Wiedner Hauptstraße 84-86, Tel. 05 08 08-3083, Fax 05 08 08-9069, www.svagw.at, /svagw. Gestaltung: colipa.at Verfasser: Daniel Dick, Thomas Dorner, Daniela Klinser, Christian Lackinger, Albert Strehn, Julia Wilfinger. Fotos: Shutterstock und SVA. Gestaltung: colipa.at