

Masterarbeit

Grundprinzipien der Gesundheitsförderung und deren Umsetzung im Rahmen von Disease Management Programmen

Empfehlungen für die Einführung in der Primärversorgung am Beispiel der chronischen Herzinsuffizienz

eingereicht von

Brigitte Decker, BA

Zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Public Health

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt im Rahmen des

Universitätslehrgangs Master of Public Health

unter der Anleitung von

Prof.(FH) Ing. Mag. Peter J. Mayer, MAS, MSc, MBA



Postgraduate School

Medizinische Universität Graz

Graz, April 2017

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

Datum: 22.04.2017

Brigitte Decker

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Ausgangslage und Problemstellung	1
1.2	Zielsetzung der Arbeit und Forschungsfrage	3
1.3	Aufbau der Arbeit	5
2	Methode zur theoretischen Analyse	7
2.1	Literaturrecherche	7
2.2	Analysekriterien für Erhebung und Auswertung	7
2.3	Ergebnisse der Literaturrecherche	9
3	Begriffsklärungen	11
3.1	Primärversorgung	11
3.2	Gesundheitsförderung	13
3.3	Disease Management Programme als Teil der integrierten Versorgung ..	14
3.4	Das Krankheitsbild der chronischen Herzinsuffizienz	16
4	Die Grundprinzipien der Gesundheitsförderung	20
4.1	Partizipation – Einbeziehung der Patientenperspektive	20
4.2	Ressourcensteigerung – Ressourcenorientierung	22
4.3	Empowerment, Compliance	23
4.4	Gesundheitliche Chancengleichheit – niederschwelliger Zugang	25
4.5	Settingsansatz	27
4.6	Vernetzung – multiprofessionell, interdisziplinär, sektorenübergreifend ...	28
4.7	Nachhaltigkeit	29
5	Vorstellung der in Österreich bestehenden Projekte	32
5.1	„KardioMobil“ (Salzburg)	32
5.2	„HerzMobil“ (Tirol)	33
5.3	„Integrierte Versorgung bei chronischer Herzschwäche“ (Wien)	34

5.4 „Integrierte Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz“ (Oberösterreich).....	34
6 Empfehlungen – Umsetzung der Erkenntnisse von Theorie und Empirie	36
6.1 Partizipation – partizipative Entscheidungsfindung	36
6.2 Ressourcensteigerung – Ressourcenorientierung	39
6.3 Empowerment, Compliance, Adherence – Gesundheitskompetenz	41
6.4 Gesundheitliche Chancengleichheit.....	42
6.5 Settingansatz	44
6.6 Vernetzung – multiprofessionell, interdisziplinär, sektorenübergreifend...	46
6.7 Nachhaltigkeit	49
7 Ausblick – Schlussfolgerungen	53
7.1 Diskussion der Erkenntnisse und deren Limitierungen	53
7.2 Beantwortung der Forschungsfrage	57
7.3 Überlegungen zur Evaluierung.....	60
Literaturverzeichnis	67

Abkürzungsverzeichnis

ACE-Hemmer	Angiotensinkonversionsenzym-Hemmer
AIT	Austrian Institute of Technology
AOK	Allgemeine Ortskasse
AVOS	Arbeitskreis für Vorsorgemedizin Salzburg
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
AZW	Ausbildungszentrum West
BMI	Body Mass Index
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
B-ZK	Bundes-Zielsteuerungskommission
B-ZV	Bundes-Zielsteuerungsvertrag
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CRT	Cardiac Resynchronization Therapy
DFP-Diplom	Diplom Fortbildungs Programm - Diplom
DMAA	Disease Management Association of America
DMP	Disease Management Programm
EHFScBS	European Heart Failure Self-care Behaviour Scale
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
EKG	Elektrokardiogramm
ESC	European Society of Cardiology
FSG	Fonds Soziales Wien
GOT	Glutamat-Oxalacetat-Transaminase
GPT	Glutamat-Pyruvat-Transaminase
y-GT	Gamma Glutamyltransferase
Hrsg.	Herausgeber

HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
ICD	Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems in der Version 10
KCCQ	Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire
MRT	Magnetresonanztomographie
NT-proBNP	N terminales pro Brain natriuretic peptide
NYHA	New York Heart Association
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
ÖGAM	Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin
ÖKG	Österreichische Gesellschaft für Kardiologie
P4P	Pay for Performance
PHC	Primary Health Care
PROQOLID	Patient-Reported Outcome and Quality of Life Instruments Database
SF-36	Short Form 36
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
TEWEB	Telefon- und webbasiertes Erstkontakt- und Beratungsservice
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau
WHO	World Health Organization
WONCA	World Organization of Family Doctor

Zusammenfassung

Die österreichische Gesundheitsversorgung findet zu einem großen Teil im niedergelassenen Bereich statt. Allgemeinmediziner betreuen in ihren Einzelordinationen die Bevölkerung. Ein Arbeiten in einem multidisziplinären Team ist in Österreich noch nicht (weit) verbreitet. Die Primärversorgung, wie sie bereit 1978 in der Deklaration von Alma Ata vorgesehen ist, ist nicht wirklich ausgeprägt. Das Erbringen von kurativen Leistungen steht im Vordergrund. Der Erhalt der Gesundheit soll den gleichen Stellenwert vorfinden wie die Krankenbehandlung. Durch die demographische Entwicklung, die zunehmende Lebenserwartung, Veränderungen in den Lebensgewohnheiten, Verbesserung in der Krankenbehandlung sind jedoch chronische Erkrankungen im Steigen begriffen. Chronische Erkrankungen stellen eine enorme Herausforderung für unser Gesundheitssystem dar. Für die vorliegende Arbeit wurde das Krankheitsbild der chronischen Herzinsuffizienz herangezogen. In Österreich leiden 1-2% der erwachsenen Bevölkerung an Herzinsuffizienz. Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz der Erkrankung und die Herzinsuffizienz stellt bei Patienten über 65 Jahre, die häufigste Entlassungsdiagnose aus der stationären Behandlung dar. Obwohl es eine Vielzahl von Leitlinien für die Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz gibt, ist die Therapie der Betroffenen oft unzureichend und suboptimal. Die Lebensqualität des Patienten ist eingeschränkt, was auch die Patientenzufriedenheit negativ beeinflusst. Disease Management Programme als Teil der integrierten Versorgung sollen bei diesen Kritikpunkten ansetzen und die Versorgung des Patienten leitlinienkonform optimieren. Die Prinzipien der Gesundheitsförderung sind dabei nicht außer Acht zu lassen. Das bereits 2014 beschlossene Konzept zur Etablierung einer Primärversorgung in Österreich zeigt sich als wichtige Grundlage diesen Ansatz umzusetzen.

Die vorliegende Arbeit basiert auf einer strukturierten Recherche der aktuellen Literatur. Deren anschließende Analyse dient dazu, Good-Practice-Modelle zu identifizieren. Aufbauend auf diese Literaturrecherche sowie deren Analyse, werden Empfehlungen für die Umsetzung in der Primärversorgungsstruktur abgeleitet. Die

Prinzipien der Gesundheitsförderung sollen bei der Umsetzung von Disease Management Programmen in diesem Setting nachhaltig implementiert werden.

Aus den bereits in Österreich bestehenden Versorgungsprogrammen „Chronische Herzinsuffizienz“ zeigen sich gute Potenziale, die auch durch die Literatur untermauert sind. Es erscheint sinnvoll, ein österreichweit einheitliches Programm zu entwickeln. Unter Schaffung neuer und Anpassung der derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen und volles Bekenntnis aller Beteiligten zu den neuen Versorgungsformen, ist das österreichische Gesundheitswesen für die Anforderungen der Zukunft gut aufgestellt.

Abstract

The aim of this master thesis is to identify good practice models from the current literature which enable an implementation of the principles of health promotion in disease management programs. These recommendations should be implemented in the new structure of primary care in Austria. General practitioners take care of the population in their individual roles. Working in a multidisciplinary team is not (widely) common in Austria. The primary care, as provided for in the Declaration of Alma Ata in 1978, is not really pronounced. Health promotion should be given the same priority as the treatment of the sick. Chronic diseases are an enormous challenge for our health care system. However, due to the demographic development, the increasing life expectancy, changes in the habits, improvement in the treatment of the sick, chronic diseases are on the rise. The disease pattern of chronic heart failure has been used for this work. In Austria, 1-2% of the adult population suffer from cardiac insufficiency. The prevalence of the disease increases with age. Although there are a variety of guidelines for the treatment of chronic heart failure, but treatment is often inadequate and suboptimal.

The present thesis is based on a structured research of the current literature. Their subsequent analysis serves to identify good practice models. Based on this literature research as well as their analysis, recommendations for implementation in the primary care structure are derived.

The well-established "chronic heart failure" supply programs in Austria show good potential, which is also underpinned by the literature. By creating new and adapting the current legal framework and full commitment of all stakeholders to the new forms of care, the Austrian health care system is well prepared for the requirements of the future.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Die Gesundheitsversorgung in Österreich findet zu einem großen Teil im niedergelassenen Bereich statt. Die Primärversorgung ist nicht sehr ausgeprägt und die Inanspruchnahme von teuren Fachärzten und stationären Behandlungen sind überdurchschnittlich hoch. Der Zugang zu fast allen Versorgungsstufen ist in Österreich durch die freie Arztwahl uneingeschränkt möglich. Ein Gatekeeping, wo ein Vertrauensarzt, zumeist der Hausarzt, die Lotsenfunktion durch das Gesundheitssystem für den Patienten übernimmt, ist im Moment für Österreich (noch) keine Option. (Czypionka & Ulinski, 2014, S. 1) Durch die demographische Entwicklung, die zunehmende Lebenserwartung, Veränderungen in den Lebensgewohnheiten, Verbesserung in der Krankenbehandlung sind vor allem chronische Erkrankungen im Steigen begriffen, wobei die Patienten zumeist multimorbid sind. Chronische Erkrankungen stellen eine enorme Herausforderung für unser Gesundheitssystem dar. Am Bruttoinlandsprodukt gemessen gibt Österreich überdurchschnittlich viel Geld für den Gesundheitsbereich aus, die gesunden Lebensjahre erhöhen sich jedoch dadurch nicht. Im Rahmen der Ergebnisorientierung, wie sie im Bundes-Zielsteuerungsvertrag (B-ZV) definiert ist, soll die Anzahl der Lebensjahre, die die Bevölkerung in guter Gesundheit verbringt, mehr werden. Die Gesundheitsreform 2012/2013 hatte daher als ein Ziel, die Primärversorgung zu stärken und sie als erste Anlaufstelle für alle Menschen mit Gesundheitsproblemen zu etablieren. Neben der Krankenversorgung am „Best Point of Service“ erhält die Gesundheitsförderung eine größere Wertigkeit. Das Konzept der Primärversorgung, wie sie bereits 1978 in der Deklaration von Alma Ata definiert wurde, fand aber bis zur angesprochenen Gesundheitsreform keine konkrete Abbildung im österreichische Gesundheitssystem.

Folgende Charakteristika hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die Primärversorgung festgeschrieben:

- Allgemein, kontinuierlich und umfassend

Einleitung

- Koordinierend und kooperativ
- Orientiert an der Familie und der Gemeinschaft und nahe am Wohnort

In Österreich sind die niedergelassenen Allgemeinmediziner (die Hausärzte) als „Einzelkämpfer“ in der Versorgung ihrer Patienten tätig. Um die Primärversorgung in Österreich zu stärken wurde das Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“ im Juni 2014 durch die Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK) beschlossen. Darin spielt der Bereich der Gesundheitsförderung nur eine (sehr) untergeordnete Rolle, zeigt sich aber als wichtiger Bestandteil in der künftigen Versorgung der Patienten neben den kurativen Leistungen, der Prävention und Rehabilitation. Der Erhalt der Gesundheit soll den gleichen Stellenwert vorfinden, wie die Krankenbehandlung. Die Primärversorgung stellt einen wesentlichen Punkt einer Versorgung (erste Anlaufstelle) dar, die nahe am Menschen bei seinen und in seinen Lebenswelten ansetzt. Durch die Ausrichtung auf die Familie und das Lebensumfeld des Patienten ist das Aufbauen von Langzeitbeziehungen möglich. Langjährige Arzt-Patienten-Beziehungen machen es möglich, auch die Lebensbedingungen und -umwelten der Patienten zu berücksichtigen. Ziel soll eine koordinierende Betreuung durch Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsdiensteanbietern sein, die einen personenbezogenen Ansatz verfolgt. Das Arbeiten im Team ist ein Kernelement der Primärversorgung. (Czypionka & Ulinski, 2014, S. 2-4) Das bestätigt auch die Befragung aus dem Jahr 2014, die der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) bei der GfK Austria in Auftrag gab. 85% der Befragten verfügen über einen Hausarzt, der auch als erste Anlaufstelle in gesundheitlichen Fragen aufgesucht wird. (Sozialversicherungsträger, 2014) Kritisch wird derzeit der Fortschritt der Umsetzung der neuen Primärversorgungsstruktur betrachtet. Die im Bundes-Zielsteuerungsvertrag und auch in den Landes-Zielsteuerungsverträgen verankerten Zielwerte zur Maßnahme 6.1.2. bis zum Ablauf des Jahres 2016 mindestens 1 % der Bevölkerung pro Bundesland in der neuen Primärversorgungsstruktur zu versorgen, ist eindeutig verfehlt worden.

Ein wesentlicher Anteil der bei Hausärzten zu versorgenden Patienten sind Patienten mit einer chronischen Erkrankung. Ziel soll es sein, diese Patienten in strukturierten Behandlungsprogrammen einzubeziehen. Durch das Etablieren von Disea-

se Management Programme als ein Modell der integrierten Versorgung kann dem entsprochen werden. Die Behandlung der Patienten mit chronischen Erkrankungen erfolgt dabei kontinuierlich und sektorenübergreifend. Das Setting der hausärztlichen Praxis bzw. der Primärversorgungseinrichtung eignet sich sehr gut dieses Konzept umzusetzen, da ein multidisziplinäres Arbeiten im Team im Vordergrund steht. Die Berücksichtigung der Grundprinzipien der Gesundheitsförderung findet bei der Umsetzung von integrierten Behandlungsprogrammen derzeit nur in einem geringen Umfang statt. Um nun die Verbindung zwischen Gesundheitsförderung bzw. den Prinzipien der Gesundheitsförderung und der Krankenversorgung von chronisch kranken Patienten herstellen zu können, wurde das Krankheitsbild der chronischen Herzinsuffizienz für die vorliegende Arbeit herangezogen. Das Competence Center Integrierte Versorgung der österreichischen Sozialversicherung stellte für dieses Krankheitsbild eine erhöhte Priorität fest und regt die Entwicklung eines integrierten Versorgungsprogrammes an. In Österreich sind zur integrierten Versorgung von chronischer Herzinsuffizienz derzeit in vier Bundesländern strukturierte Behandlungsprogramme vorhanden und werden unterschiedlich betrieben. Nähere Ausführungen findet man unter Punkt 7.2. In Österreich leiden 1-2% der erwachsenen Bevölkerung an Herzinsuffizienz. Die Prävalenz nimmt mit zunehmendem Alter zu. Die derzeitige Versorgung kann als nicht optimal bezeichnet werden, weshalb eine Priorisierung für ein Disease Management Programm zu diesem Krankheitsbild vorzunehmen ist.

1.2 Zielsetzung der Arbeit und Forschungsfrage

Die wissenschaftliche Erkenntnis zeigt, dass Disease Management Programme chronisch Kranken nutzen. Die Qualität der Versorgung verbessert sich. Darauf verweisen unter anderem Marielle Ouwens et al. (2005), Verena Hendricks et al. (2014) und FA McAlister et al. (2001) in ihren Arbeiten. Ein Ziel von Disease Management Programmen ist, die Lebensqualität des Patienten zu erhöhen. In der Literatur findet man keine einheitliche Definition zum Begriff „Disease Management“, aber gemeinsame Komponenten. Aufgrund der Änderung der Demographie, der zunehmenden Lebenserwartung, Veränderungen in den Lebensgewohn-

heiten, Verbesserungen in der Krankenbehandlung und genauere Diagnoseverfahren sind chronische Erkrankungen in vielen Ländern weit verbreitet und weiter im Steigen begriffen. (Singh, 2008, S. 3) Die Krankenbehandlung dieser Patienten verschlingt einen enormen Teil der Gesundheitsausgaben. Gemeinsam stellt dies eine große Herausforderung für unser Gesundheitswesen dar, wo die Ressourcen immer knapper und die Patienten immer älter werden. Die Grundprinzipien der Gesundheitsförderung spielen im Zusammenhang mit Disease Management Programmen eine wichtige Rolle. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, gesundheitsförderliche Aspekte in das integrierte Versorgungskonzept von Disease Management Programmen einzubinden. Als relevantes Krankheitsbildes wurde die chronische Herzinsuffizienz gewählt, um Empfehlungen für die Primärversorgung zu entwickeln. Aufbauend auf einer Literaturrecherche wird versucht, aus internationalen Good-Practice-Modellen Empfehlungen zu entwickeln, die auf österreichische Verhältnisse in der Primärversorgung anwendbar sind. Gesundheitsförderung als wichtiger Bestandteil der Krankenversorgung in der Primärversorgung gilt es dadurch zu stärken.

Es zeigen sich jedoch aufgrund der herrschenden Rechtslage und Fragmentierung im österreichischen Gesundheitswesen Limitierungen in der Umsetzbarkeit der zu erarbeitenden Empfehlungen. Es ist davon auszugehen, dass die Rahmenbedingungen entsprechend anzupassen sind. Aus der im Vorfeld dargestellten Problemlage können nun die folgenden Forschungsfragen als relevant für die vorliegende Arbeit formuliert werden:

- Was braucht es aus Sicht einer Primärversorgungseinrichtung um die Grundprinzipien der Gesundheitsförderung im Rahmen von Disease Management Programmen nachhaltig einzusetzen?
- Ist es möglich, die, aus den anhand der Literaturrecherche identifizierten Good-Practice-Modellen, abgeleiteten Empfehlungen in den Kontext des österreichischen Gesundheitswesens zu übertragen?

1.3 Aufbau der Arbeit

In Kapitel 1 werden die Ausgangslage sowie die Problemstellung, das Ziel der Arbeit, die Forschungsfrage sowie die wissenschaftliche Methode aufgezeigt. Es wird ein kurzer Einblick in die Problematik der Versorgungskonzepte Primärversorgung und Disease Management Programme für das österreichische Gesundheitswesen und in die Strukturen/Abläufe der gesundheitlichen Versorgung gegeben. Hier wird bereits versucht, einen Bogen zwischen den gegensätzlichen und sich ergänzenden Konzepten der Gesundheitsförderung und der Krankenversorgung zu spannen. Es soll ein kurzes Grundverständnis zur Problematik gelegt werden.

Kapitel 2 ist der wissenschaftlichen Methode der Arbeit gewidmet. Die Kriterien zur Recherche in der aktuellen Literatur und die Verwendung diverser relevanter Datenbanken werden festgelegt. Ein weiterer Punkt beschäftigt sich mit der Darstellung der Ergebnisse, die durch die theoretische Analyse hervorgetreten sind.

Kapitel 3 stellt die zentralen Begriffe für diese Arbeit vor. Ein einheitliches Grundverständnis zu den relevanten Begriffen und Konzepten ist im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit notwendig. Das vereinfacht die Diskussion zu den aus der Literatur abgeleiteten Empfehlungen.

Die Grundprinzipien der Gesundheitsförderung, die in Kapitel 4 aufbauend auf den theoretischen Grundlagen zur Gesundheitsförderung festgehalten werden, stellen einen wichtigen Punkt für die zu verfassende Arbeit dar. Damit wird sichergestellt, dass die Ableitung von Empfehlungen auf einem gemeinsamen Verständnis der Begrifflichkeiten basiert. Das stellt einen wichtigen Bestandteil für die weiteren Betrachtungen dieser Arbeit dar.

Die derzeit bereits in einigen Bundesländern in Österreich bestehenden integrierten Versorgungsprogramme für Patienten mit chronischen Herzinsuffizienz werden in Kapitel 5 vorgestellt. Das Krankheitsbild der chronischen Herzinsuffizienz stellt eine Priorität in der Implementierung von weiteren bundesweit einheitlichen Disease Management Programmen dar.

Einleitung

Kapitel 6 möchte in einer Diskussion die Erkenntnisse aus Theorie und Empirie zusammenführen. Dieses Kapitel stellt den zentralen Punkt der Arbeit dar, da hier die Empfehlungen aus der Literaturrecherche abgeleitet werden.

Einen Ausblick auf die Zukunft und die daraus resultierenden Schlussfolgerungen gibt Kapitel 7. Eine Umfeldanalyse, eine Stakeholderanalyse, als wichtiges Instrument identifiziert die relevanten Stakeholder im Zusammenhang mit dem Inhalt dieser Arbeit. Durch die abgeleiteten Empfehlungen wird versucht, die Forschungsfrage aus Kapitel 1 zu beantworten. Die Arbeit basiert auf einer systematischen Literaturrecherche. Die festgestellten Limitierungen finden hier ebenfalls ihren Platz. Kurz wird noch auf die Thematik der Evaluierung eingegangen.

Um eine leichtere Lesbarkeit der Arbeit zu gewährleisten, wurde nur die männliche Form gewählt. Alle Ausführungen beziehen sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

2 Methode zur theoretischen Analyse

2.1 Literaturrecherche

Die vorliegende Arbeit basiert auf einer strukturierten Recherche der aktuellen Literatur. Die anschließende Analyse dient dazu, Good-Practice-Modelle zu identifizieren. Um weiterführende Literatur zum Thema der Arbeit zu finden, werden die Literaturverzeichnisse von wissenschaftlichen Texten durchsucht. Neben der einschlägigen Fachliteratur erfolgte weiters die Recherche in diversen Literaturdatenbanken wie Medline oder Pubmed. Aufbauend auf diese Literaturrecherche sowie deren Analyse, werden Empfehlungen für die in Österreich neue Primärversorgungsstruktur abgeleitet, um dort die Prinzipien der Gesundheitsförderung bei der Umsetzung von Disease Management Programmen nachhaltig implementieren zu können.

2.2 Analysekriterien für Erhebung und Auswertung

Eine qualitative Erhebung in Form eines Fragebogens bei niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen erwies sich im Vorfeld der Arbeit als nicht zielführend. Die Probleme, wieso Gesundheitsförderung derzeit nur eine eher untergeordnete Rolle in den allgemeinmedizinischen Praxen spielt, dürfen als bekannt vorausgesetzt werden (fehlende Ressourcen wie Zeit, Personal, mangelnde Honorierung, fehlende Ausbildung...) Es ist davon auszugehen, dass die Recherche in der aktuellen Literatur es ermöglicht, Good-Practice-Modelle zu identifizieren um daraus Empfehlungen erarbeiten zu können, die in den österreichischen Kontext des Gesundheitswesens bzw. der neuen Struktur der Primärversorgungseinrichtungen übergeführt werden können.

Die vorliegende Arbeit ist eine Literaturliteraturarbeit. Um Literatur zum Thema Gesundheitsförderung in der allgemeinmedizinischen, der hausärztlichen, Praxis im Rahmen der Primärversorgung zu finden, wurde im Zeitraum Oktober bis Dezember 2016 eine gezielte Literaturrecherche durchgeführt. Neben dem Internet und seinen Suchmaschinen Google und Google Scholar wurde in Online-

Literaturdatenbanken, sowie in einschlägiger Fachliteratur gesucht. Zur Recherche von Publikationen im Internet wurden die Online-Literaturdatenbanken CINAHL, Medline, Cochrane und Pubmed verwendet. Folgende Suchwörter ergaben relevante Treffer: health promotion, general practitioners, patient-centred approach, health education, continuity of care, primary care, health literacy, heart failure. Disease Management Programme, patient care team, patient care planning, primary nurse care, case management, telephone based chronic care service, specialized nurse, quality of life, selfcare education, compliance, empowerment, patient centred care, multidisciplinary care stellen weitere Suchelemente dar.

Verbunden wurden die gesuchten Wörter mit den Operatoren „AND“ und „OR“. Die gesichteten und in die Arbeit aufgenommenen Treffer stellten sich für diese als relevant herausstellten. Viele Treffer mussten jedoch ausgeschieden werden, da kein unmittelbarer Zusammenhang mit der Arbeit gegeben war. Die ausgewählten Texte, liegen in englischer oder deutscher Sprache vor. Als weiteres Einschlusskriterium wurden Texte mit einer Veröffentlichung ab 2010 und die aus dem europäischen und/oder nordamerikanischen Raum stammen, einbezogen. Andere Regionen wurden ausgeschieden. Sollte es sich um Standardwerke zu den Kernbegrifflichkeiten der vorliegenden Arbeit handeln, wurden auch ältere Quellen (vor 2010) herangezogen. Zeigte sich der Inhalt des Abstracts als relevant für die Ableitung von Empfehlungen, so erfolgte noch die Sichtung des Volltextes. Neben der systematischen Literatursuche in Datenbanken erfolgte auch eine selektive Suche (Handsuche) in verschiedenen Quellen. Hier wird nach Material gesucht, das dabei hilft, die Forschungsfrage beantworten zu können. Relevante Inhalte konnten in der einschlägigen Fachliteratur wie Fachbücher, Fachzeitschriften und in den dortigen Literaturverzeichnissen und Quellenangaben gefunden werden. Da diese Arbeiten zumeist aus dem Bereich der Krankenbehandlung stammen, musste versucht werden, die Grundprinzipien der Gesundheitsförderung daraus herauszulösen und abzuleiten. Ein kleiner Teil der verwendeten Literatur stammt aus sozialversicherungsinternen Unterlagen wie Projektberichte von diversen themenrelevanten Arbeitsgruppen und Schulungsunterlagen. Um einem möglichen Publikationsbias entgegenzutreten, ist unveröffentlichte Literatur (sogenannte graue

Literatur) in die Arbeit einzuschließen. Vernachlässigt man Ergebnisse aus Texten, die nicht publiziert wurden, könnten sich dies negativ auf Schlussfolgerungen auswirken.

2.3 Ergebnisse der Literaturrecherche

Die folgende Tabelle stellt eine Zusammenfassung jener Studien dar, die für die vorliegende Arbeit als relevant eingestuft wurden. Sie zeigen das Ergebnis der durchgeführten Literaturrecherche und wurden in die Arbeit eingeschlossen. Die Darstellung der nachstehenden Tabelle erfolgte in alphabetischer Reihenfolge.

Tabelle 1: Studienübersicht, eigene Darstellung

Name des Verfassers	Name der Studie	Jahr
AOK Bundesverband, Berlin	DMP im Praxisalltag – Ein Leitfaden für Ärzte und Praxisteams	2015
Bundesärztekammer Kassenärztliche Bundesvereinigung Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften	PatientenLeitlinie Herzschwäche (zur Nationalen VersorgungsLeitlinie chronische Herzinsuffizienz)	2011
Chen, A. et al.	Health Literacy Influences Heart Failure Knowledge Attainment but Not Self-Efficacy for Self-Care or Adherence to Self-Care over Time	2013
Cleland, J.G.F et al.	Management of heart failure in primary care (the IMPROVEMENT of Heart Failure Programme): an international survey	2002
Cooper, L.B. et al.	Assessing the Quality and Comparative Effectiveness of Team-Based Care for HF: Who, What, Where, When and How	2015
European Society of Cardiology (ESC)	2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute an chronic hear failure	2016
Faxon, D.P. et al.	Improving Quality of Care Through Disease Management. Principles and Recommendations	2004

Methode zur theoretischen Analyse

	From the American Heart Association's Expert Panel on Disease Management	
Gerlach, F., Szecsenyi J.	Warum sollten Disease-Management-Programme hausarztorientiert sein? – Gründe, Grenzen und Herausforderungen	2002
Health Quality Ontario	Specialized nursing practice for chronic disease management in the primary care setting: an evidence-based analysis	2013
Hendricks, V. et al.	Case-Management-Programm für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz	2014
Hülsmann, M., Preinreich, J.M.	Disease Management bei Herzinsuffizienz Forderung und Herausforderung (Journal für Kardiologie)	2016
Maan, I.C. et al.	Health Literacy and Heart Failure: a Systematic Review	2016
McAlister, F.A. et al.	Multidisciplinary Strategies for the Management of Heart Failure Patients at High Risk for Admission	2004
Ouwens, M. et al.	Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews	2005
Powell, L. et al.	The Heart Failure Adherence and Retention Trial (HART): Design and Rationale	2008
Wilbacher Ingrid	Strukturierte telefonische Unterstützung (structured telephone support, STS) als Telemonitoring Intervention	2015

3 Begriffsklärungen

3.1 Primärversorgung

Bereits in der Deklaration von Alma Ata definierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1978 die Primärversorgung im Team. Die sogenannte „Primary Health Care“ (PHC) ist „als erste Stufe eines Versorgungsprozesses, für jedermann leicht zugänglich und in die Lebens- und Arbeitswelt der Patienten integriert.“ Österreich gehört zu jenen Ländern, die über eine schwach ausgeprägte Primärversorgung verfügen. Der Zugang zu allen Versorgungsstufen ist fast ungehindert möglich.

Die Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK) beschloss am 30.06.2014 das Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“ zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag (B-ZV) sieht in seinem operativen Ziel 6.1.2 vor, dass „bis Ende 2016 mindestens 1% der Bevölkerung pro Bundesland – österreichweit mindestens 80.000 Personen“ in einer Primärversorgungseinrichtung versorgt werden. Pro Bundesland sind mindestens zwei Modelle als Pilotversuch ab 2015/2016 umzusetzen und die Evaluierung vorzubereiten. (Bundesministerium für Gesundheit, 2013, S. 10) Das begleitende Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz sieht im § 3 Z 5 folgende Definition der Primärversorgung vor: „Die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.“ (Bundesgesundheitsagentur, 2014, S. 5)

Wie in der Legaldefinition zur Primärversorgung formuliert, stellt die hausärztliche Praxis bzw. der Allgemeinmediziner in unserem Gesundheitssystem die erste Kontaktstelle in gesundheitlichen oder medizinischen Problemen dar. Die Allgemeinmedizin verfolgt in seiner Betreuung der Patienten einen personenbezogenen Ansatz. Dieser umfasst das Individuum und seine Familie in ihrem Lebensumfeld. Die niedergelassenen Ärzte verfügen über einen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Eigenverantwortung ihrer Patienten. Prävention und Gesundheitsförderung sind in der allgemeinmedizinischen Praxis ebenso ein Thema. Auf der ande-

Begriffsklärungen

ren Seite verfügen diese Bereiche in der hausärztlichen Praxis derzeit kaum über den Raum, den sie benötigen würden. Es zeigt sich jedoch, dass gezielte Maßnahmen in der Primärversorgung im Bereich von Ernährung, Bewegung, Maßnahmen gegen Rauchen und Alkohol sich positiv auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken. WONCA EUROPE identifiziert folgende Bereiche als Aufgaben der Allgemeinmediziner bzw. der Hausärzte (WONCA_EUROPE, 2002, S. 7-8) :

- Gesundheitsförderung
- Vorbeugung von Krankheiten (Prävention)
- Krankenbehandlung im Sinne von heilen, betreuen oder lindern

Das Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“ sieht für die österreichische Ausprägung der Primärversorgung vor, dass im Bereich der Primärversorgungseinrichtung das Kernteam arbeitet. Das Kernteam besteht aus Allgemeinmedizinern, diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und Ordinationsassistenten. Die kooperative Teamarbeit entlastet sämtliche Mitglieder des Teams von den anfallenden Verwaltungsaufgaben. Sie können sich auf ihre Kernaufgaben im medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Bereich konzentrieren. Die Potentiale, die bereits jetzt in den Berufsrechten gegeben sind, lassen sich optimal für die neue Versorgungsstruktur der Primärversorgungseinrichtungen nutzen. Neben dem Kernteam ist eine Zusammenarbeit mit Partnern wie Apotheken, Bandagisten, Fachärzte, Schulen, Pflegeeinrichtungen usw. in der Primärversorgung unerlässlich. (Bundesgesundheitsagentur, 2014, S. 7-16) Die Struktur, wie die Organisation aufgebaut ist, kann je nach den regionalen Anforderungen entweder als Primärversorgungseinrichtung an einem Standort (unter einem Dach) oder als Primärversorgungsnetzwerk an unterschiedlichen Standorten stattfinden. (Bundesgesundheitsagentur, 2014, S. 18)

Im Jahr 2014 gab der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) bei der GfK Austria eine Befragung in Auftrag. Dabei wurden 4.000 Personen der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahre befragt, was sie sich von ihrem Hausarzt wünschen. An erster Stelle mit 41% lag mehr Zeit für Gespräche, gefolgt von einer Gesamtbetreuung, an dritter Stelle längere Öffnungszeiten (24%) und an vierter Stelle wurde bereits die Aufklärung über Maßnahmen der Gesund-

heitsförderung (22%) genannt. (Sozialversicherungsträger, 2014) Eine weitere Befragung stellt fest, dass über 85% der österreichischen Bevölkerung über einen Hausarzt verfügt. Die dabei entstehenden langjährigen Arzt-Patientenbeziehung in einer hausärztlichen Praxis stellen das Fundament für eine effektive Kommunikation der beiden Partner dar.

3.2 Gesundheitsförderung

In der 1986 verabschiedeten Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung wurde festgelegt: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“. (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2014, S. 49) Die Gesundheitsförderung setzt auf allen Ebenen der Gesellschaft an, Gesundheitsressourcen sollen gestärkt werden. Eine wichtige Frage, die man sich in der Gesundheitsförderung stellt, ist jene – „Wie entsteht Gesundheit?“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011, S. 137-144)

Die Gesundheit stellt ein beachtliches Element in unserem Alltagsleben dar. Wichtig ist dabei zu verstehen, dass Gesundheit nicht nur im Gesundheitswesen ihren Platz hat, sondern auch in vielen anderen Politikfeldern (Health in all Policies). Soziale und persönliche, individuelle Ressourcen sind ebenso wichtig, wie die körperlichen Fähigkeiten. Damit soll ein umfassendes Wohlbefinden (körperlich, seelisch und sozial) erreicht werden. Die Theorie der Salutogenese des israelisch-amerikanischen Soziologen Aaron Antonovsky spielt eine zentrale Rolle in der Gesundheitsförderung und beschäftigt sich damit, was den Menschen gesund erhält. Die Steigerung der Gesundheit und des Wohlbefindens stellen die Ziele dar. Als Grundsatzpapier gibt die Ottawa-Charta die Leitlinie für die Gesundheitsförderung vor. Darin wurden fünf Handlungsfelder und drei Handlungsstrategien festgehalten. (Schwartz, et al., 2012, S. 187-188)

Die Faktoren, die den wichtigsten Einfluss auf die Bevölkerungsgesundheit haben, nennt man Gesundheitsdeterminanten. Die darin enthaltenen vier Ebenen beziehen sich auf die persönlichen, sozialen, wirtschaftlichen oder umweltbedingten

Bereiche des Menschen oder von Bevölkerungsgruppen. Die Determinanten wirken sich positiv wie negativ auf die Gesundheit aus. (Horvath, Haas, Knaller, & Sax, 2010, S. 4) Die einzelnen Bereiche der Determinanten bedingen sich gegenseitig. Daher ist es wichtig, dass man auf allen Ebenen durch Interventionen ansetzt. Die Faktoren Alter, Geschlecht und Erbanlagen, als Kern des Modells, können nicht beeinflusst werden. (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011, S. 45-46) Ob und wie sich Vorhaben auf die Gesundheitsdeterminanten und folglich auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken, sind immer zu berücksichtigen. Die Gesundheitsförderung zielt darauf ab, das Verhalten der Menschen positiv zu beeinflussen um ihren Lebensstil nachhaltig hin zu mehr Gesundheit zu ändern. Neben dem Verhalten, ist die Verhältnisebene ebenfalls wichtig. Hier greift wieder der Ansatz „Health in all Policies“. Entsprechende Rahmenbedingungen und strukturelle Bedingungen, die politisch getragen und bedingt sind, beeinflussen die Verhältnisse maßgeblich. Um dies umsetzen zu können, sind notwendige gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen.

Die Gesundheitsförderung zielt darauf ab, gesundheitsrelevante Ressourcen für die Gesundheit zu stärken, zu erhalten und zu entwickeln. Im positiven Sinne verändert und fördert die Gesundheitsförderung individuelle Verhaltensweisen. Damit wird für gesundheitsförderliche Lebensverhältnisse Platz geschaffen. Auf die Prinzipien der Gesundheitsförderung wird in den nächsten Kapiteln näher eingegangen.

3.3 Disease Management Programme als Teil der integrierten Versorgung

Disease Management Programme (DMP) stellen ein Modell der integrierten Versorgungsprogramme für chronisch kranke Patienten dar. Somit zielen sie auf eine spezielle Indikation ab. Das Management chronischer Erkrankungen benötigt systematische Ansätze. In der Literatur ist zum Begriff „Disease Management“ eine Vielzahl an Bedeutungen und verschiedene Zusammenhänge zu finden. Eine einheitliche Erklärung existiert nicht. Gemeinsame Kernelemente lassen sich jedoch in jeder dieser Ausführungen zu Disease Management Programmen bestimmen. Als gängigste Erklärung wird auf jene Definition der Disease Management Associ-

ation of America (DMAA) verwiesen. Disease Management Programme zielen auf eine **umfassende Versorgung** im Wege eines Prozesses zu einem **einzelnen Krankheitsbild** ab, (zumeist) für **Gruppen chronisch erkrankter Personen** für eine im Vorfeld definierte Zielgruppe. Die Betreuung dieser Zielgruppe übernimmt ein **multidisziplinäres Team**, das sowohl **präventive als auch kurative Maßnahmen** setzt und bei Bedarf **sektorenübergreifend** die Versorgung koordiniert. Die Verwendung von **evidenzbasierten Leitlinien** (Leitlinien, Standards, Guidelines) dient zur Orientierung für Behandler und Patienten, um in effektiver Weise die Selbstversorgung des Patienten zu unterstützen. Dadurch zielt das strukturierte Programm darauf ab, die klinischen Outcome-Parameter des Patienten zu verbessern und kosteneffektiv zu sein, was natürlich dem Interesse der verschiedenen Systempartner im Gesundheitswesen entgegenkommt. Anwendungen aus dem Bereich der Telemedizin und des Telemonitorings unterstützen den behandelnden Arzt bei der Dokumentation der Abläufe der strukturierten Patientenversorgung. Standardisierte Prozesse stellen dafür die Grundlage dar. Aus den dabei verwendeten Datenbanken erhalten die beteiligten Gesundheitsdiensteanbieter und der Patient Rückmeldungen über ihr Handeln. Die Literatur zeigt, dass strukturierte Behandlungsprogramme positive Auswirkungen auf die Versorgung der chronisch kranken Patienten haben. (Sprenger, 2016) (Gerlach & Szecsenyi, S. 20) (Schrijvers, 2009, S. 1-2) Ziel ist es, den Erkrankungsfortschritt zu verzögern und den Allgemeinzustand des Patienten zu verbessern. Da die Lebensqualität oft eingeschränkt ist, ist die Verbesserung dieser ein erstrebenswertes Ziel. Diese Art der Versorgung stellt den Patienten in den Mittelpunkt der Behandlung und nicht die Behandlung selbst. (Becka & Schauppenlehner, 2011, S. 200-201)

Im Vergleich zu Disease Management Programmen zielt das **Case Management** auf eine Einzelfallbetreuung ab. Die Betreuung erfolgt individuell, auf den Erkrankten abgestimmt und wirkt unterstützend. Man spricht von Fallmanagement, Unterstützungsmanagement oder Versorgungsmanagement für Patienten. All diese Ansätze führen zu einem Überdenken der bisherigen Arbeitsweise und erfordern Veränderungen, die sich jedoch zielführend für den Patienten durch die multidisziplinäre Zusammenarbeit der Gesundheitsdiensteanbieter darstellt. Gemeinsamkei-

ten sind zwischen den Ansätzen des Disease Managements und des Case Managements zu sehen. (Wendt, 2001, S. 15, 97, 198,)

3.4 Das Krankheitsbild der chronischen Herzinsuffizienz

Der Begriff Herzinsuffizienz beschreibt in der Regel die Schwäche des Herz(muskels), wobei dieses bzw. dieser nicht mehr genug Kraft und/oder Ausdauer besitzt, um den Körper ausreichend mit Blut zu versorgen. Die Versorgung des Körpers mit Sauerstoff wird zunehmend schlechter, der Patient leidet rasch unter Atemnot und ist immer weniger leistungsfähig. Somit ist diese Erkrankung als ernst einzustufen und benötigt eine individuell ausgerichtete Therapie, die es konsequent umzusetzen gilt. Man unterscheidet drei Formen der Herzinsuffizienz: die Linksherzinsuffizienz, die Rechtsherzinsuffizienz und die Globalinsuffizienz (systolische und/oder diastolische Funktionsstörung der Ventrikel). Da die Herzkammern die Hauptarbeit leisten, wird die Leistungsminderung entweder der linken oder der rechten bzw. beiden Kammern zuzuschreiben sein. Je nach Krankheitsverlauf erfolgt die Einteilung in eine akute oder chronische, kompensierte oder dekompensierte Herzinsuffizienz. Die Herzschwäche ist zumeist Folge anderer Erkrankungen. Zu den häufigsten Ursachen der Herzinsuffizienz zählen die koronare Herzkrankheit, mit der von ihr verursachten Ischämie und dem wiederum daraus resultierenden Myokardinfarkt, die arterielle Hypertonie oder das Vorhofflimmern. Seltener kommen als Ursachen Kardiomyopathien oder Herzklappenfehler (sowohl angeborene als auch erworbene) in Frage. Wie schon erwähnt, ist die körperliche Belastbarkeit der Erkrankten herabgesetzt und somit auch die Lebensqualität beeinträchtigt. (Huch & Jürgens, 2007, S. 305)

Eingeteilt werden kann die Herzinsuffizienz nach dem klinischen Schweregrad. Dieser wird in vier NYHA-Stadien unterteilt. NYHA steht für „New York Heart Association“. Die für die Stadien notwendigen Kriterien sind klar festgelegt, was folglich eine Auswirkung auf die individuelle Therapie des Patienten hat. Je früher man die Erkrankung feststellt, desto erfolgreicher ist die Behandlung.

Begriffsklärungen

- NYHA I: Die Erkrankung ist diagnostiziert, es zeigen sich aber (noch) keine Symptome, die Belastbarkeit im Alltag ist nicht eingeschränkt
- NYHA II: In Ruhe zeigen sich keine Symptome, diese treten erst in Erscheinung, wenn die Belastung verstärkt wird, generell ist die Belastbarkeit leicht eingeschränkt
- NYHA III: Belastungen im Alltag strengen bereits an, es zeigen sich Atemnot und Erschöpfungszustände, die Belastbarkeit ist stark eingeschränkt
- NYHA IV: Die Symptome treten in Ruhe und bei jeder Art der körperlichen Belastung auf. Die Patienten benötigen im Alltag ständige Hilfe und sind stark bis vollkommen in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt.

Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz der Erkrankung und die Herzinsuffizienz stellt bei Patienten, die älter als 65 Jahre sind, die häufigste Entlassungsdiagnose aus der stationären Behandlung dar. Es kann eine starke Zunahme dieser Entlassungsdiagnose festgestellt werden. Auch die Wiederaufnahmeraten in Krankenanstalten sind in diesem Fall hoch.

Obwohl es eine Vielzahl von Leitlinien für die Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz gibt, ist die Therapie der Betroffenen oft unzureichend und suboptimal. Gerade die Steigerung der Lebensqualität ist ein wichtiger Faktor für die Betroffenen. Das bezieht sich auf die körperliche und psychische Verfassung, die sozialen Beziehungen sowie die Teilhabe an Beruf und Alltag. Die vom behandelnden Arzt verordnete Therapie ist konsequent zu befolgen und ermöglicht es dem Patienten, bei optimaler Einstellung, ein Leben mit mehr Qualität zu führen. Eine unzureichende und suboptimale Therapie führt zu vermehrten Krankenhausaufenthalten, sowie krankheitsbedingten Ausfällen im Beruf und Alltag. Laufende Kontrollen des Krankheitszustandes und der Therapie durch den Arzt sind notwendig, um rasch auf mögliche Veränderungen, respektive Verschlechterungen, reagieren zu können. Keinesfalls darf eine Abänderung der medikamentösen Therapie durch den Patienten ohne Rücksprache mit seinem Arzt erfolgen. Die Entscheidungen zu Untersuchungen und in weiterer Folge zur Therapie sollte gemeinsam zwischen dem Patienten und dem behandelnden Arzt getroffen werden. Eine Stärkung oder Verbesserung der Compliance (im Sinne der Therapietreue) ist als Ziel zu definie-

ren. Dem Patienten muss bewusst sein, dass er die Therapie nach den ärztlichen Vorgaben zu befolgen hat, um einen optimalen Erfolg erzielen und eine höhere Lebenserwartung haben zu können. (ÄZQ - Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2011, S. 4-6)

Diagnostik: Symptome wie Atemnot, rasche Ermüdung, reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit und Flüssigkeitsansammlungen im Unterhaut-Fettgewebe (periphere Ödeme) lassen den Patienten seinen Arzt aufsuchen. Dieser stellt in Folge eine Verdachtsdiagnose auf Herzinsuffizienz. Klassifiziert wird die Diagnose nach ICD-10¹ Code I50 „Herzinsuffizienz“. Zumeist wird auch eine stationäre Aufnahme in einer Krankenanstalt notwendig sein. Laut den Guidelines der European Society of Cardiology (ESC) 2016 sind folgende diagnostische Maßnahmen zu veranlassen: Thorax-Röntgen, Belastungs-EKG (Elektrokardiogramm), Langzeit-EKG (24h), Herzultraschall (Echokardiographie), Farbdopplersonographie, kardiale Magnetresonanztomographie (MRT), Herz-Katheter-Untersuchung, Blutdruckmessung, Blutgasanalyse. Weiters folgt die Laboruntersuchung von Blut und Harn. Vor allem die Parameter BNP (B-natriuretisches Peptid) bzw. NT-proBNP (N terminales pro brain natriuretic peptide) stellen wichtige Indikatoren zur Diagnose der Herzinsuffizienz dar. Ein erhöhter Spiegel dieser hormonartigen Substanzen lässt auf die Erkrankung schließen. Der Urinstatus hat die Bestimmung der Konzentration von Harnstoff und Kreatinin zu beinhalten. Das Blutbild, die Werte der Serumelektrolyte wie Kalium und Natrium, die Konzentration der Transaminasen γ -GT (Gamma-GT), GOT und GPT (meist verkürzt als „Leberenzyme“ bezeichnet), von TSH (thyroid-stimulation hormone), der Gesamteiweißgehalt des Blutes und der Glucose-Spiegel im Blut (Nüchternblutzucker) geben Aufschluss über eine mögliche kardiale Erkrankung. Die Ergebnisse der diagnostischen Verfahren bilden die Grundlage für die weiterführende Therapie.

Therapie: die medikamentöse Therapie erfolgt mit verschiedenen Gruppen von Heilmitteln. Diese Heilmittel behandeln zum einen die Grunderkrankung, die die Herzinsuffizienz hervorgerufen hat, zum anderen unterstützen sie das Herz, damit ausreichend Blut durch den Körper gepumpt und somit auch Sauerstoff zu den

¹ ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems in der Version 10 aus 2016

Begriffsklärungen

Organen transportiert wird. Durch diese Entlastung arbeitet der Herzmuskel nicht auf höchster Stufe. Welche Medikamente beim einzelnen Patienten zum Einsatz kommen, entscheidet auch das NYHA-Stadium, das Vorliegen von Begleiterkrankungen (wie z.B. Hypertonie) und gewissen Symptomen wie Ödeme. Zu den am meisten verwendeten Gruppen an Wirkstoffen zählen: ACE-Hemmer, Aldosteron-Antagonisten, Diuretika, Betarezeptorenblocker, Herzglykoside und Phosphodiesterase-III-Hemmstoffe. Bei Einnahme dieser Medikamente ist es notwendig, dass der Patient täglich sein Gewicht kontrolliert. Maßnahmen einer nicht-medikamentösen Therapie wie Gewichtabnahme, Reduzierung von Kochsalz, Beschränkungen des Konsums von Alkohol und Raucherentwöhnung, Einschränken einer übermäßigen Flüssigkeitszufuhr (vor allem bei älteren Patienten erscheint dies problematisch, da Patienten, die zu wenig trinken, ein erhöhtes Thrombose-Risiko aufweisen), eine ausgewogene Ernährung, moderate Bewegung, die an den Grad der Erkrankung angepasst ist, sowie Verringerung von kardiovaskulären Risikofaktoren, verhindern eine weitere Herzschiädigung und unterstützen das geschwächte Herz. Neben diesen Therapien ist es oft erforderlich, einen Kardioverter-Defibrillator (ICD) zu implantieren oder eine kardiale Resynchronisation (CRT) durchzuführen. Als letzter Schritt, sofern die anderen Therapien nicht greifen, kann eine Herztransplantation erfolgen. (European Society of Cardiology, 2016, S. 2138-2146, 2173-2175)

4 Die Grundprinzipien der Gesundheitsförderung

Ein Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Verknüpfung von Gesundheitsförderung und Krankenversorgung am Beispiel von Disease Management Programmen darzustellen. Disease Management Programme stellen eine Ausprägung von integrierter Versorgung für zumeist chronische Erkrankungen dar. Damit wird der Bereich der Krankenversorgung abgedeckt. Neben der Krankenbehandlung stellt die Gesundheitsförderung, ein gesundheitsförderndes Handeln im Rahmen der Krankenversorgung, eine wichtige Aufgabe dar, die in der hausärztlichen Praxis, der Primärversorgung, ihren Platz finden soll.

4.1 Partizipation – Einbeziehung der Patientenperspektive

Unter Partizipation in der Medizin, im Gesundheitswesen, versteht man die Mitwirkung, die Beteiligung des Patienten an Entscheidungen zu (weiteren) Maßnahmen der Diagnostik und Behandlung. Der englische Begriff dazu lautet „shared decision making“ – es handelt sich um eine gemeinsame Entscheidung von Patient und Behandler. Der Bezug zu der vorliegenden Arbeit besteht darin, dass es um die Beteiligung des Patienten an den Entscheidungen zu seiner Behandlung, in allen Phasen der Diagnostik und Therapie geht. Der Patient zeigt sich in seinem Leben mit der chronischen Erkrankung konfrontiert und gestaltet mit, wie er diese in sein Leben und seine soziale Umwelt integrieren kann. Er erwartet von seinem behandelnden Hausarzt, dass dieser auf seine Vorstellungen eingeht und diese auch ernst nimmt.

Die Fachkräfte des Gesundheitswesens (Health Professionals) verfügen durch ihre Ausbildung und Erfahrung über einen Informationsvorsprung, den der Patient, selbst durch ausreichende Informationen, nicht einholen oder ausgleichen kann. Es zeigen sich Limitierungen auf, selbst wenn es sich um einen informierten Laien handelt. (Hajen, Paetow, & Schumacher, 2011, S. 62) Die Informationsdefizite auf Seiten des Patienten sollen durch den Behandler nicht dahingehend ausgenutzt werden, seinen eigenen Interessen wie vielleicht Gewinnmaximierung, nachzukommen. Wird ein Zuviel an medizinischen Interventionen vermieden, so sollte

dies auch dem gesamten Gesundheitssystem im Hinblick auf die Kosten zugutekommen. Gerade bei chronischen Erkrankungen ist es wichtig, dass der Patient über den Verlauf seiner Behandlung und seiner Erkrankung Erwartungen hat, die der Realität entsprechen. Diese Einschätzung basiert auf einer ausreichenden und klaren Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Es ermöglicht dem Patienten sich aktiv an seiner Behandlung zu beteiligen, da er über ausreichende und richtige Informationen verfügt, die er auch versteht. Die Qualität der Versorgung der chronisch Kranken kann durch Partizipation verbessert werden. (Klemperer, David, 2012, S. 304-305)

Eine Steigerung der Lebensqualität des Patienten wirkt sich positiv auf den Umgang mit der Erkrankung aus. Der Patient ist motiviert, seine klinischen Parameter verbessern sich. Das zeigt eine positive Auswirkung auf die Arzt-Patienten-Beziehung, die durch mehr Vertrauen geprägt wird. Das paternalistische Vorgehen im Rahmen der ärztlichen Behandlung, dass der Patient widerspruchslos auf die Anordnungen des Arztes hört, rückt mit dem neuen Konzept der Einbeziehung des Patienten immer mehr in den Hintergrund. Der mündige Patient tritt in den Mittelpunkt. Nutzen und Risiken, Vor- und Nachteile der einzelnen Optionen der Behandlungen gehören klar und verständlich zwischen Arzt und Patient besprochen. Die Wünsche, Befürchtungen und Ängste des Patienten dürfen nicht außer Acht gelassen oder belächelt werden. Eigenverantwortliche Entscheidungen, die sich auch langfristig auswirken, übernimmt der Patient, gestützt durch den Behandler. Es gilt die Angehörigen ebenfalls einzubeziehen. Dieser wiederum geht laufend auf seinen Patienten ein und hinterfragt immer wieder, ob die getroffenen Entscheidungen aufgrund neuer Erkenntnisse oder Erfahrungen abzuändern wären. (Gareus, Isabel; Abholz, Heinz-Harald; 2012, S. 331-333) Nicht unbeachtet soll in diesem Zusammenhang die in Österreich vorliegende ärztliche Aufklärungspflicht bleiben. Dem gegenüber steht das Recht auf Selbstbestimmung des Patienten.

4.2 Ressourcensteigerung – Ressourcenorientierung

In diesem Teil wird auf die Frage eingegangen, die auch im Ansatz der Salutogenese von Aaron Antonovsky eine zentrale Rolle spielt: „Was erhält den Menschen gesund?“. Die Pathogenese („Was macht den Menschen krank?“) stellt das Gegenstück dar. Hier wird die Entstehung von Krankheit hinterfragt, während die Salutogenese jene Prozesse zu identifizieren versucht, die den Menschen gesund erhält, die seine Gesundheit fördert. Im Ansatz der Salutogenese nehmen Gesundheit und Krankheit die beiden Enden eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums ein. Gesundheit und Krankheit hängen davon ab, wie weit jemand von der jeweiligen Seite des Kontinuums entfernt ist. Als Sinnbild für die Erklärung dieses Kontinuums wählte Antonovsky das Gleichnis vom Fluss des Lebens. Die Kernfrage dieses Gleichnisses geht davon aus, wie wird man ein guter Schwimmer? Welche Bedingungen benötigt ein guter Schwimmer, damit es ihm möglich ist, sein eigener Retter zu sein? Das Bestreben sich zum „gesunden“ Ende des Kontinuums zu bewegen, ermöglicht es, mit den Stressoren positiv umgehen zu lernen. Der Widerstand dagegen soll gestärkt werden, damit die Stressoren nicht die Fähigkeit haben, die Gesundheit zu schädigen. Der Patient lernt mit Stressoren umzugehen und erkennt, dass er sie positiv bewältigen kann. Dazu benötigt er die sogenannten Widerstandsressourcen. Man findet diese im individuellen Bereich oder auch in der gesellschaftlichen Umgebung. Die soziale Absicherung durch das in Österreich vorliegende Sozialversicherungssystem kann hier genannt werden. Ressourcen wie z.B. allgemeines Wissen, aber auch Wissen über die (eigene) Gesundheit und unser Versorgungssystem, Fähigkeiten Probleme zu lösen, Selbstvertrauen, Werte und Überzeugungen, ein sicherer Arbeitsplatz zählen zu den Ressourcen der einzelnen Person. Verfügt jeder Einzelne über eine große Anzahl dieser Ressourcen, so stellt sich auch für ihn heraus, dass das Leben einen Sinn hat und er ist davon überzeugt, dass er es bewältigen kann - trotz aller Schwierigkeiten, die sich im Laufe des Lebens darstellen. Dieses Vertrauen nennt Antonovsky das Kohärenzgefühl (auch bekannt unter dem englischen Begriff „sense of coherence“). Dabei erfolgt die Unterteilung in drei Punkte: (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011, S. 487-490)

- Verstehbarkeit (comprehensibility) – im Sinne von „wird verstanden, was passiert?“ (mit der Person, mit der Umwelt)
- Handhabbarkeit (manageability) – im Sinne von bewältigbar
- Sinnhaftigkeit (Bedeutsamkeit, meaningfulness) – im Sinne von „ergibt es einen Sinn, was und wie etwas passiert?“

Antonovsky zeigte, dass Menschen, die ein hohes Kohärenzgefühl besitzen, besser mit den herausfordernden Situationen umgehen können. Das ist ein wichtiger Faktor, der bei Patienten mit chronischen Erkrankungen nicht außer Acht gelassen werden darf. Der Patient soll befähigt werden, seine chronische Erkrankung eigenständig und selbstverantwortlich bewältigen zu können. Wichtig ist, eine positive Einstellung zur Erkrankung zu erlangen und das Bewusstsein zu schaffen, dass zumeist eine Verhaltensänderung notwendig ist. (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011, S. 487-490) Somit ist es den Patienten möglich, die vorhandenen oder gestärkten Ressourcen besser oder optimal nutzen zu können. Folgende Ressourcen zeigen sich als bedeutsam:

- Soziale Ressourcen: Netzwerke, Bindungen aus dem sozialen Lebensumfeld (Familie, Angehörige)
- Persönliche Ressourcen: Gesundheitskompetenz, Wissen und Kenntnisse, Einsatzfreude
- Strukturelle Ressourcen: bezogen auf das Setting, für die vorliegende Arbeit relevant ist die Struktur der hausärztlichen Praxis, der Primärversorgungseinrichtung, Arbeitsplatz, Strukturqualitätskriterien, Formen und Quellen der Finanzierung, gesetzliche Rahmenbedingungen

4.3 Empowerment, Compliance

Durch Empowerment oder auch Befähigung soll es Menschen gelingen, ihre Lebensbedingungen durch persönliche und soziale Ressourcen selbst zu gestalten. Sie werden befähigt, unter Einbindung der Rahmenbedingungen ihres Umfeldes, aktiv tätig zu werden um sich am Prozess beteiligen und diesen kontrollieren zu können. Dadurch wird das Selbstbewusstsein und die Lebenskompetenzen ge-

stärkt und Fähigkeiten der Betroffenen verbessert. Der Ansatz des Empowerments ist ein Kernelement der Ottawa-Charta der WHO. Aus Sicht der Salutogenese gibt es den Menschen die Möglichkeit, mit seinen gestärkten und verbesserten Fähigkeiten das eigene Leben selbst zu kontrollieren. Den Menschen wird es ermöglicht, über ihre Gesundheit selbstbestimmt entscheiden zu können, was die Gesundheit stärkt. Nach der WHO-Definition von Gesundheit erlangen die Menschen so ein körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden. Der Prozess des Empowerments kann auf verschiedenen Stufen gefördert werden z.B. Schaffen von Informationsquellen, Entscheidungshilfen, Zielerarbeitungen, Lösungsansätze, Hilfe zur Selbsthilfe, Unterstützung mit materiellen oder finanziellen Ressourcen. Um die entsprechenden Prozesse zum Laufen zu bringen, sind die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen. Neben den Strategien, die gefördert werden sollen im Bereich Partizipation und Struktur, benötigt es auch ein methodisches Vorgehen. Der im Vorfeld bestimmten Zielgruppe muss ein niederschwelliger Zugang ermöglicht werden. Die Bedürfnisse der Zielgruppe sind bekannt und lassen es zu, Lösungen und Ziele innerhalb der gegebenen Handlungsspielräume zu erarbeiten. Ebenso wird die Zielgruppe beim Finden ihrer Entscheidungen unterstützt. Neben dem Empowerment spielt auch die Partizipation und das Capacity Building als wichtige Konzepte eine Rolle. Wissen und Fähigkeiten werden aufgebaut, um eine Verbesserung der Gesundheit zu erzielen und ein gesundheitsförderliches Verhalten zu erreichen. Capacity Building und das Konzept des Empowerments verfolgen dieselben Ziele. (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011, S. 42, 57-60)

Die Entscheidung über Diagnostik und Therapie soll die Perspektive des Patienten mitberücksichtigen. Es zeigt sich, dass sich die Zufriedenheit des Patienten mit seiner Versorgung erhöht. Das hat einen Einfluss auf die Therapietreue und die Mitwirkung des Patienten bei seiner Therapie. Es bleibt nur immer wieder zu betonen, dass dies nur gemeinsam erreichbar ist. Unter der Therapietreue oder auch Compliance versteht man, dass der Patient den Anweisungen des Arztes Folge leistet. Das ist aber nur möglich, wenn er über das entsprechende Wissen im Hinblick auf die Erkrankung verfügt. Er muss befähigt werden, den Anweisungen folgen zu können. Diese Compliance stellt gerade bei chronischen Erkrankungen

einen wichtigen Aspekt in der Krankenbehandlung dar und trägt folglich zu einer besseren oder schlechteren Lebensqualität bei. Das ist ein wichtiger Aspekt, der bei dem in der vorliegenden Arbeit berücksichtigten Krankheitsbild der chronischen Herzinsuffizienz viel Bedeutung hat, da die derzeitige Therapie oft unzureichend und suboptimal ist.

Ein wichtiger Aspekt, der im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit und mit dem Konzept des Empowerments betrachtet werden muss, ist die Health Literacy. In Österreich bzw. im deutschsprachigen Raum wird durchaus der deutsche Begriff der Gesundheitskompetenz verwendet. Darunter versteht man die Fertigkeit, die Kenntnis, Informationen zur Gesundheit zu verstehen und diese befähigt umzusetzen. Mit den entsprechenden Informationen finden sich die Menschen in unserem Gesundheitssystem zu Recht. Ärztlichen Anweisungen können sie mit verbesserter Compliance oder Therapietreue folgen, was sich in verbesserten Patientenoutcomes darstellen lässt. Grundlage, um dies erfolgreich umsetzen zu können, sind leicht verständliche und niederschwellige und für alle Bevölkerungsgruppe leicht zugängliche Informationen. Im internationalen Vergleich ist die Gesundheitskompetenz in Österreich schlecht ausgeprägt. Eine geringe Gesundheitskompetenz verursacht schlechte Patientenoutcomes beim Managen der (chronischen) Erkrankung. Das hat zumeist hohe Kosten zur Folge. Mit dem österreichischen Rahmengesundheitsziel 3 „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung gesetzt worden. Ein profundes Wissen befähigt den Patienten eingetragene Gewohnheiten zum Vorteil seiner Gesundheit und seiner Lebensqualität zu ändern. (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. 19-24)

4.4 Gesundheitliche Chancengleichheit – niederschwelliger Zugang

Unter gesundheitlicher Chancengleichheit versteht man das Recht aller Menschen, unter den gleichen Aussichten gesund zu sein und zu bleiben. Ein entsprechendes Prinzip findet sich dazu in den von den Vereinten Nationen aus dem Jahr 1948 verabschiedeten Menschenrechten. Im selben Jahr wird es auch in der Ver-

fassung der WHO als Kernelement verankert. Den gesundheitlichen negativen Folgen der Ungleichheit muss auf verschiedenen Ebenen entgegengewirkt werden. Der Zugang zu einer Gesundheitsversorgung soll allen Menschen, unabhängig von Geschlecht, sozialer Herkunft (dem sozialen Status), Vermögen gleichermaßen ermöglicht werden. Angemerkt sei hier noch, dass es eine Unterscheidung zwischen gesundheitlicher Chancengleichheit und Gerechtigkeit bei gesundheitlichen Chancen gibt. Ein vorrangiges Ziel stellt der niederschwellige Zugang zu einer Gesundheitsversorgung dar, die auf der primären Versorgungsstufe über ein gut ausgebautes System verfügt. Diese primäre Versorgungsstufe soll für die Gesamtbevölkerung in angemessener Zeit erreichbar und wohnortnah sein. Daneben sollen auch die Bedingungen der Lebens- und der Arbeitswelt gesundheitsfördernd gestaltet, gestaltbar sein, sowie Gesundheitsrisiken auf ein Minimum verringert werden. Der Begriff „niederschwellig“ ist in diesem Kontext gleichzusetzen mit leicht zugänglich. Neben den internationalen Papieren der WHO zu diesem Thema, definiert auch die 1986 verabschiedete Ottawa-Charta, dass alle Menschen befähigt werden sollen, maximale Möglichkeiten für ihre Gesundheit zu nutzen. Die Rahmenbedingungen dazu sind zu schaffen, damit die sozialen Unterschiede im Bereich der persönlichen Gesundheit keine Rolle mehr spielen. Erreicht kann dies durch Unterstützung auf den verschiedenen Ebenen der Ressourcen werden. Die persönliche Gesundheit braucht eine Stärkung durch leicht zugängliche Informationen und Möglichkeiten, die in einem selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Freiraum gestaltet werden kann. Gerade gesundheitlich benachteiligte Bevölkerungsgruppen müssen hier vorrangig gezielt angesprochen werden. (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011, S. 110-111). Viele Studien belegen, dass Menschen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status kränker sind als Menschen mit höherem Status. Abhängig ist dies von den Indikatoren Einkommen, Bildung und Beruf, wobei die Auswirkungen sich verstärken je mehr der jeweilige Indikator abnimmt. (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011, S. 510-515) Im Zuge der Gesundheitsreform 2012/2013 wurden in Österreich aus diesem Auftrag heraus zehn Rahmengesundheitsziele definiert. Rahmengesundheitsziel 2 zielt auf eine gesundheitliche Chancengerechtigkeit ab, was jedoch ein Unterschied zur Chancengleichheit dargestellt. Es ist aber davon aus-

zugehen, dass in diesem Kontext die beiden Wörter gleichbedeutend verwendet werden. (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. 13)

4.5 Settingsansatz

Als Setting oder Lebenswelt wird ein relativ dauerhaftes soziales System bezeichnet. Wichtige Impulse für die Gesundheit gehen davon aus (Belastungen, Risiken, Ressourcen). Je klarer die Strukturen, Regeln und Zugehörigkeiten definiert sind, desto leichter ist es, Interventionen in Settings durchzuführen. Der Settingansatz hat sich bewährt, bezieht sich auf soziale Systeme und gilt als wichtiges Prinzip der Gesundheitsförderung. Einerseits gibt es die Gesundheitsförderung im Setting und andererseits geht es um das Realisieren eines gesundheitsfördernden Settings. (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011, S. 497) In der vorliegenden Arbeit wird das Setting der hausärztlichen Praxis, der Primärversorgungseinrichtung betrachtet. Ist den Patienten bewusst, dass sie dem Setting der hausärztlichen Praxis, der Primärversorgungseinrichtung zugehören, so ist das eine wichtige Voraussetzung um die Partizipation in der ärztlichen Behandlung bei chronischen Erkrankungen mit Hilfe von integrierten Versorgungskonzepten vornehmen zu können. (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011, S. 497-500)

Ein anderer Zugang zu dem Begriff „Setting“ ist die Schaffung eines Settings. Die Weiterentwicklung der derzeit in Österreich vorhandenen Primärversorgung zur neuen Struktur der Primärversorgungseinrichtung steht in diesem Zusammenhang. Wie bereits zu Beginn angesprochen, ist die Primärversorgung in Österreich noch recht schwach ausgeprägt. Dazu wurde im Juni 2014 das Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“ durch die Bunds-Zielsteuerungskommission beschlossen, das eine Grundlage für die Schaffung des neuen Settings darstellt. In diesem Papier werden organisatorische und rechtliche Rahmenbedingungen, an der die Primärversorgung in Österreich neu ausgerichtet wird, definiert. Da die in der neuen Struktur angebotenen Leistungen einschließlich der Honorierung im Vergleich zum Ist-Zustand auf neue Beine gestellt werden, sind folglich die Aufgaben, Berufsgruppen und erste Überlegung zu einem neuen Honorierungssystem

anzustellen. All dies sind die Voraussetzung um das neue Setting der Primärversorgungseinrichtung erfolgreich etablieren zu können. Es handelt sich nicht um die Abschaffung des Hausarztes, sondern stellt eine Attraktivierung, eine Weiterentwicklung dieser ärztlichen Tätigkeit dar. Durch dieses neue Konzept soll auch der hohen Anzahl an Kontakten in Krankenhausambulanzen und der Krankenhaushäufigkeit entgegengewirkt werden. Ein wichtiges Ziel der neuen Primärversorgungsstruktur ist das Arbeiten im Team, sowie auch die Vernetzung und das Zusammenwirken mit den Kooperationspartnern, den diversen Gesundheitsberufen und Gesundheitsdiensteanbietern. (Bundesgesundheitsagentur, 2014, S. 5-7) Wie es die derzeitige Situation zeigt, sind wir noch relativ weit von der Umsetzung dieser neuen Versorgungsstruktur entfernt. Es ist aber wichtig **dieses Setting** zu etablieren, damit **in diesem Setting** die entsprechenden gesundheitsfördernden Interventionen zur Krankenversorgung von chronisch Erkrankten gesetzt werden können.

4.6 Vernetzung – multiprofessionell, interdisziplinär, sektorenübergreifend

Wiederholt wurde bereits darauf hingewiesen, dass Gesundheit nicht nur im Gesundheitswesen stattfinden. Das Handlungsprinzip „Vermitteln und vernetzen“ der Ottawa-Charta wird dem gerecht. Es sieht ein aufeinander abgestimmtes Kooperieren aller Akteure aus den unterschiedlichen Politikbereichen, sowie der Bevölkerung als Einzelpersonen oder über Institutionen und Vereine, Organisationen vor. Die dabei erarbeiteten bzw. vorbereiteten Interventionen und Aktionen orientieren sich an den Bedürfnissen der jeweiligen Zielgruppe und an örtlichen Gegebenheiten und Möglichkeiten. Ziel soll sein, dass auf allen Stufen wertschätzend miteinander umgegangen, kommuniziert sowie zusammengearbeitet werden kann. Instrumente, wie eine gute Kommunikationsbasis, ein offenes und vorurteilsfreies Zugehen aufeinander, sind dabei unerlässlich. In Österreich unterliegt das Gesundheitssystem einer großen Fragmentierung. Vernetzung im Sinne der Ottawa-Charta erlaubt es, diese Zersplitterung zwischen den Versorgungsstufen und verschiedenen Akteuren zu glätten. Somit ist es möglich, Elemente der Gesundheits-

förderung in die Krankenversorgung zu übernehmen. Die Zusammenarbeit soll interdisziplinär, multidisziplinär, intersektoral und sektorenübergreifend verstanden und gelebt werden. (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011, S. 384-385)

Eine in Österreich zu stärkende Primärversorgung und für neue Krankheitsbilder entwickelte integrierte Versorgungsprogramme müssen darauf abzielen, die fehlende Koordination der Patientenversorgung künftig besser gewährleisten zu können. Patienten zeigen eine größere Zufriedenheit liegt eine gestärkte Primärversorgung vor. Ein zentraler Punkt des Konzeptes „Das Team rund um den Hausarzt“ stellt das vernetzte Arbeiten der Gesundheitsdiensteanbieter wie Ärzte, Pflegepersonen, Therapeuten, Personen des Sozialbereiches dar. Das ist neu für Österreich, orientiert sich aber an internationalen Beispielen und Konzepten zur Primärversorgung. Ob das Zusammenarbeiten „unter einem Dach“ als Primärversorgungseinrichtung oder in einem „Netzwerk“ als Primärversorgungs-Netzwerk stattfindet, ist nicht relevant. Die Primärversorgung muss zeitlich und räumlich als erste Kontaktstelle für Personen mit gesundheitlichen Problemen, für chronisch Kranke, erreichbar und verfügbar sein, um eine kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten. (Bundesgesundheitsagentur, 2014, S. 5-16) Vernetztes Arbeiten der Teammitglieder in der Primärversorgungseinrichtung trägt auch zu mehr Zufriedenheit mit deren Tätigkeit bei. Work-Life-Balance und die Chance den Beruf des Allgemeinmediziners wieder attraktiver zu gestalten, dürfen nicht vernachlässigt werden. Das ist ein wichtiger Aspekt, der aber nicht Thema dieser Arbeit ist und daher nicht näher betrachtet wird. Verschiedene Stakeholder sollen an einem Strang ziehen - zum Wohle des Patienten. Dieser steht im Mittelpunkt seiner Behandlung und nicht die partikulären Interessen einzelner Akteure. Nähere Ausführungen zur Ausgestaltung der Primärversorgung in Österreich kann dem Kapitel 2, Punkt 2.1 entnommen werden.

4.7 Nachhaltigkeit

Die WHO hat zur Nachhaltigkeit folgendes festgeschrieben: „Nachhaltige Gesundheitsförderungsaktionen sind solche, die ihren Nutzen für Gemeinwesen oder Be-

völkerungen auch jenseits der ersten Stadien ihrer Implementierung aufrechterhalten können. Nachhaltige Aktionen können dauerhaft zur Verfügung gestellt werden innerhalb der Grenzen, die finanzielle Mittel, Wissen und Erfahrung, Infrastruktur, natürliche Ressourcen und die Teilnahmebereitschaft der Akteure setzen.“ Diverse Konzepte beinhalten die Nachhaltigkeit als Ziel: Capacity Building, gesundheitsfördernde Gesamtpolitik sowie der Settingansatz. Eine dauerhafte Veränderung resultiert aus diesen Konzepten. Die Grundlage für die Praxis und Politik für alle gesundheitsfördernden Projekte in Settings ist das Leitbild der „nachhaltigen Gesundheitsförderung“. Vier Kriterien ermöglichen eine kritische Betrachtung in Richtung der Umsetzung von nachhaltiger Gesundheitsförderung (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011, S. 384-387):

- Gesundheitsverträglichkeit
- Sind Maßnahmen und Programme als dauerhaft anzusehen? – ausgerichtet darauf Gesundheitsrisiken zu senken und Gesundheitsressourcen zu steigern
- Strukturen, die qualifiziert und beständig für die Zukunft sind – keine Maßnahmen und Projekte, die nur auf einen bestimmten Zeitraum ausgelegt sind.
- Prozesse und Planungsinstrumente zu festen Bestandteilen machen, umgesetzt in einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, einschließlich Qualitätssicherung durch Gesundheitsfolgenabschätzung und Information an die Bevölkerung/Öffentlichkeit durch Gesundheitsberichte

Die **Partizipation** ermöglicht es, Aktivitäten der Gesundheitsförderung gut auf die Bedürfnisse der Zielgruppe und anderer handelnder Personen abzustimmen. Dadurch ergeben sich höhere Chancen auf Erfolg. Somit ist auch Partizipation eine Voraussetzung für die Nachhaltigkeit. Die Zielgruppe und andere handelnde Personen gestalten alle Projektphasen mit und nehmen dadurch Einfluss auf die Entscheidungen. (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011, S. 404-405) Das **Empowerment** befähigt Menschen, selbst für ihre Gesundheit zu sorgen, durch die Entwicklung und Verbesserung von Fähigkeiten. Erwachsene, Kinder und Menschen mit und ohne eingeschränkten Möglichkeiten profitieren von die-

Die Grundprinzipien der Gesundheitsförderung

sem Prozess. Es ermöglicht Personen, die eigenen persönlichen und sozialen Ressourcen (wieder) zu aktivieren, um ihre Lebenswelt zu gestalten und neu zu beleben. (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011, S. 57)

5 Vorstellung der in Österreich bestehenden Projekte

Im folgenden Kapitel wird ein kurzer Überblick über die derzeit bestehenden Projekte zur integrierten Versorgung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz in Österreich gegeben. Diese Projekte sind sehr heterogen. Zusammenfassend kann nach Recherche der aktuellen Literatur festgestellt werden, dass in diesen Projekten bereits vieles vorhanden ist, was sich als evidenzbasiert herausgestellt hat.

5.1 „KardioMobil“ (Salzburg)

Das Programm „KardioMobil“ wurde 2004 als Pilotprojekt im Flachgau und in der Stadt Salzburg gestartet und besteht in der derzeitigen Form im gesamten Bundesland Salzburg seit 2008. Es handelt sich um eine schwesternbasierte (homebased nursing) Heimbetreuung für Herzinsuffizienzpatienten im Rahmen der medizinischen Hauskrankenpflege, wo individuelle Schulungen des Patienten und seiner Angehörigen im häuslichen Umfeld durch speziell geschulte Pflegepersonen, sowie Selbstmanagement und Selbstkontrolle von klinischen Parametern eine zentrale Rolle spielen. Ziel ist die Steigerung der Lebensqualität, die Teilnahme am täglichen Leben und der Gesellschaft. Dieses Projekt basiert auf dem Einsatz von speziell geschulten Pflegeperson (Kardiomobilschwester - Herzinsuffizienzberater) und diese dient als Bindeglied zwischen den Beteiligten. Alle Beteiligten wie Hausarzt, Facharzt für Innere Medizin, Spezialabteilung der Krankenanstalt werden im Sinne einer interdisziplinären Zusammenarbeit in ein Netzwerk eingebunden. Das Schnittstellenmanagement wird optimiert, was in weiterer Folge zu einer Verbesserung der medikamentösen Therapie des Erkrankten, zu einer Reduzierung der Wiederaufnahmeraten in Krankenanstalten, zur Vermeidung von Doppelgleisigkeiten und einer Erhöhung der Lebensqualität führt. Die benötigte Unterstützung ist auf den individuellen Bedarf des Patienten ausgerichtet. Die Salzburger Gebietskrankenkasse und das Land Salzburg tragen die Kosten dieser Versorgung. Programmträger ist der Verein „AVOS Prävention und Gesundheitsförderung – Arbeitskreis Vorsorgemedizin Salzburg“. Als zuweisende Stellen fungieren die niedergelassenen Allgemeinmediziner, die

Salzburger Krankenanstalten sowie Fachärzte für Innere Medizin. (AVOS Prävention und Gesundheitsförderung, 2016)

5.2 „HerzMobil“ (Tirol)

An diesem Versorgungsnetzwerk für Herzinsuffizienzpatienten im Bundesland Tirol nehmen vier Krankenanstalten (Innsbruck, Hall, Natters und Hochzirl) teil. Weiters sind Netzwerkärzte (Allgemeinmediziner, Fachärzte für Innere Medizin), der Patient und seine Angehörigen, Pflegepersonen sowie ein Koordinator eingebunden. Das Programm basiert auf mHealth-Technologie² durch Unterstützung von Mobiltelefonen, Nutzung von Telegesundheitsdiensten durch eine eigene App. Die technische Unterstützung kontrolliert die Patientenwerte von zu Hause über diese eigene App. Es erfolgt eine Erfassung von Daten (Blutdruck, Gewicht, Puls, Befinden) und eine Übermittlung der Daten an das Austrian Institute of Technology (AIT), wo sich die Datenzentrale befindet. Besonderes Augenmerk muss auf Datenschutz und Datensicherheit gelegt werden. Die Datenzentrale stellt die Daten den beteiligten Netzwerkärzten und Pflegepersonen zur Verfügung. Es handelt sich um eine Anwendung im Rahmen von Telemedizin. Die Nutzung des Telemonitorings dient zur Unterstützung der Kommunikation zwischen Behandler und Patient. Ziel ist es, die Therapie zu optimieren, die Stärkung der Eigenverantwortung und des Selbstmanagements sowie die spezielle Schulung der Patienten im Umgang mit der Infrastruktur und seine aktive Einbindung. Ein zentraler Punkt ist die Patientenschulung und das Monitoring der Patientendaten, um rasch eingreifen zu können, wenn es zur Verschlechterung des Zustandes des Patienten kommt. Der Patient soll die optimale medikamentöse Einstellung erhalten, um langfristig stabilisiert zu werden. Das Programm ist auf drei Monate ausgelegt, danach soll eine Übernahme in die standardisierte Versorgung möglich sein. Während der Betreuung in dem Programm sucht ein speziell ausgebildeter Herzinsuffizienzberater den Patienten in seinem Zuhause auf. Erinnerungen seitens der Datenzentrale an den Patienten sollen ihm mehr Sicherheit geben. (Fetz, 2016)

² mHealth-Technologie – mobile Health Technologie

5.3 „Integrierte Versorgung bei chronischer Herzschwäche“ (Wien)

Hier handelt es sich um ein Projekt der interdisziplinären Versorgung, wobei die Betreuung zu Hause erfolgt. Die mobile Hauskrankenpflege erfolgt über den Fonds Soziales Wien (FSW). Die Pflegepersonen verfügen über eine spezielle Schulung in der Versorgung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz. Während des stationären Aufenthaltes wird der potentielle Patient bereits identifiziert und die Nachsorge für zu Hause organisiert. Vorgesehen sind Hausbesuche durch die mobile Hauskrankenpflege. Dabei überprüft das speziell geschulte Pflegepersonal den Zustand des Patienten und schreiben dies in der Dokumentation nieder. Kommt es zu Verschlechterungen, so kann rasch eingegriffen und Kontakt mit den Netzwerkärzten aufgenommen werden. Daher stellt die Kooperation und Koordination aller Beteiligten des intra- und extramuralen Bereiches einen wichtigen Bestandteil dar. (Magistrat der Stadt Wien, 2015)

5.4 „Integrierte Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz“ (Oberösterreich)

Auch in Oberösterreich wurde im Jänner 2017 ein Pilotprojekt zur „integrierten Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz“ im Rahmen eines Disease Management Programmes gestartet. Lind Land, Linz Stadt und Rohrbach stellen die Projektregionen bis Mitte 2018 dar. Die Betreuung erfolgt im Netzwerk, wobei sich auch das neue Primärversorgungszentrum Enns beteiligt und eine intensive Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich, den Krankenanstalten und den Pflegediensten vorgesehen ist. Die Ziele sind jenen der anderen Programme ähnlich und dem Patienten soll es ermöglicht werden, trotz seiner Erkrankung, im extramuralen Bereich optimal versorgt zu werden, um Wiederaufnahmen in den stationären Bereich zu vermeiden. Schulungen finden sowohl für den Patienten als auch für seine Angehörigen statt. Die Aufnahme in das Pilotprojekt erfolgt direkt auf Vorschlag der entlassenden Krankenanstalt und nach Entscheidung durch den

Vorstellung der in Österreich bestehenden Projekte

Hausarzt oder Internisten. Als Dokumentationstool erhält jeder Patient ein „Herzinsuffizienz-Tagebuch“, in dem er wichtige Informationen zu seiner Erkrankung und zu Lebensstiländerungen findet. Nach den vierteljährlichen Kontrolluntersuchungen wird eine Abschlussuntersuchung in der Herzinsuffizienzambulanz durchgeführt. Eine Verbesserung der Situation des Patienten sollte als Ziel definiert sein. Neben den Krankenhäusern der Barmherzigen Schwestern, der Elisabethinen, Rohrbach und dem Johann Kepler Universitätsklinikums können Allgemeinmediziner und Internisten teilnehmen. Daneben sind noch die diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen von Caritas und Rotem Kreuz und der Selbsthilfeverband Linz Land beteiligt. (OÖGKK Forum Gesundheit, 2016)

6 Empfehlungen – Umsetzung der Erkenntnisse von Theorie und Empirie

6.1 Partizipation – partizipative Entscheidungsfindung

Shared Decision Making zielt darauf ab, die Entscheidungen zu Diagnostik und Therapie gemeinsam und partnerschaftlich zwischen Arzt (Gesundheitsdiensteanbieter) und Patient zu treffen. Das gegenseitige Informieren ist ein wichtiger Bestandteil, um die Entscheidungen gemeinsam treffen zu können. Der Patient nimmt in diesem Prozess eine aktive Rolle ein. Der Arzt soll auf die Bedürfnisse des Patienten eingehen. Es zeigt sich aber, dass die Altersgruppe der ab 65jährigen jedoch dazu neigen, die Entscheidungen durch den behandelnden Arzt alleine treffen zu lassen. Neben dem Alter spielen noch andere sozioökonomische Determinanten eine Rolle (Grad der Bildung, Soziale Schicht). Die Informationen, die beide Seiten vorweisen können und austauschen, sind der Schlüssel zu einer qualitativvollen gemeinschaftlichen Entscheidung, die in einer Verbesserung der Behandlungsergebnisse münden (sollen) – der sogenannten Therapietreue. (Klemperer & Rosenwirth, 2005, S. 5-8)

- Kompetenzen des Arztes sind für diese Vorgehensweise aufzubauen, bereits in der Ausbildung berücksichtigen bzw. in Form von Fortbildungen anzubieten (in Form von Peers, Unterstützung durch Peers), Skills in Bezug auf Kommunikationstraining aufbauen, die notwendigen Kompetenzen sind auf beiden Seiten aufzubauen
- Zuwendungsmedizin forcieren – Gespräch zwischen Arzt und Patient muss ausführlich sein, dem Patienten muss ausreichend Zeit zur Verfügung stehen, um seine Fragen stellen zu können bzw. dem Arzt auch die Zeit geben, ausführliche therapeutische Aussprachen zur weiteren Therapieentscheidung mit dem Patienten tätigen zu können, Zuwendungsmedizin forcieren auch im Hinblick auf finanzielle Anreize – Honorierung entsprechend anpassen. Entweder in Form des P4P oder als

eigene Positionsnummer mit adäquater Abgeltung in den Honorarordnungen fixieren

- Bekenntnis der Systempartner die partizipative Entscheidungsfindung zu unterstützen, ggf auch durch Anpassung der betroffenen gesetzlichen Regelungen und Rahmenbedingungen
- Ausreichendes (schriftliches) Informationsmaterial als Entscheidungshilfen (Sogenannte Decision Aids) muss dem Patienten zur Verfügung gestellt werden, um (evidenzbasierte) valide Entscheidungen über Nutzen und Schaden, Vor- und Nachteile der einzelnen Therapieoptionen treffen zu können bzw. weitere Informationen vom Arzt einfordern zu können (zielgerichtetes Nachfragen). Diese Entscheidungshilfen sind ausführlich, strukturiert, leicht verständlich und evidenzbasiert zu verfassen. Ein informierter Patient steht im Zentrum. Es gilt die Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient abzubauen. Leicht verständliche Patienteninformation zum Thema chronische Herzinsuffizienz, damit es dem Patienten leichter gemacht wird, diese Informationen zu verstehen. Aufbereitetes Informationsmaterial unter Verwendung von diversen Medien wie Infoblätter, Leitlinien, DVDs, die die Diagnose und weiterführende Therapie mit Fotos oder Cartoons veranschaulichen und leicht verständlich in die komplexe Materie einführen (Klemperer & Rosenwirth, 2005, S. 12-25)
- Patientenschulung um eine ausreichende Basis für die gemeinsame Abstimmung von Zielen zwischen Arzt und Patient zu schaffen und in weiterer Folge die Compliance des Patienten zu stärken (Wissen über die Erkrankung, Lebensstiländerung)
- Das Denken und Handeln in Organisationen verändern – Bewusstsein für Shared Decision Making im Alltag der Primärversorgungseinrichtung schaffen, Akzeptanz bei den Gesundheitsdiensteanbietern, beim Kernteam schaffen, strukturelle Voraussetzungen schaffen – mehr Zeit für Patientengespräche schaffen und in die Abläufe einplanen

Die Patientenrechtsdeklaration der WHO sieht ein Recht auf Information des Patienten vor. Dieses Informationsrecht bezieht sich auf die Aufklärung vor Behandlungsbeginn und auch über den weiteren Behandlungs- bzw. Therapieverlauf sowie über seinen Gesundheitszustand.

- Aus-, Fort- und Weiterbildung für Gesundheitsberufe im Bereich der Kommunikation, Entwicklung der Gesprächsführung durch Schulung der sozialen Kompetenz. Bereits in der Ausbildung (auch Studium) Kommunikations- und Gesprächsführungsseminare vorhalten, die verpflichtend zu besuchen sind. In der Weiterbildung verbunden mit Anreizen (z.B Fortbildungspunkte, Fortbildungsdiplom, Kostenzuschuss für Besuch von Seminaren, Coaching durch Trainer bei Kommunikation mit schwierigen Patienten, mit vulnerablen Personengruppen, mit unterschiedlichen Zielgruppen wie z.B chronisch Erkrankte, Auszeichnung von guter Kommunikation in Form eines Preises, wo die Patienten bewerten odgl...). Die Patientenzufriedenheit steigt mit der aktiven Beteiligung an der Entscheidungsfindung. Um die gemeinschaftlichen Entscheidungen treffen zu können, muss die **Kommunikation zwischen Arzt und Patient** auf der richtigen Ebene erfolgen (Sator, Nowak, & Menz, 2015, S. 5-7)
- Qualitätsstandards für die Anbieter/Trainer von Kommunikationsseminaren und Fortbildungen, sowie für die Qualitätssicherung definieren
- Erarbeiten von Qualitätsstandards für die von den verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen zu führenden Gespräche, Gesprächssituationen, Leitlinien erarbeiten und bei Bedarf Checklisten bereitstellen, oder Instrumente zur Unterstützung einführen – im Hinblick auf verschiedene Zielgruppen und vulnerable Gruppen (chronisch Kranke, multimorbide Personen....)
- Gemeinsames Bekenntnis der Systempartner zu einer Verbesserung der Kommunikation zwischen den Patienten und den Gesundheitsdiensteanbietern und ein Bekenntnis an den dafür notwendigen Rahmenbedingungen und gesetzlichen oder erlassmäßigen Vorgaben gemeinsam zu arbeiten. Alle Systempartner einbeziehen um ein

gemeinsames Vorgehen gewährleisten zu können. Patientenorientierung steht im Mittelpunkt, Patient, den Betroffenen zu einem Beteiligten zu machen – dieser bestimmt als Coproduzent seiner Gesundheit mit, gemeinsame Entscheidung bei der fortführenden Therapie. Gesundheitsdiensteanbieter unterstützen den Patienten, leiten ihn bei seiner Entscheidung an und Abwenden von einem paternalistischen Vorgehen in der Krankenversorgung, dadurch die Gesundheit stärken und den Patienten entsprechend befähigen. Am 1. Juli 2016 beschloss die Bundeszielsteuerungskommission dazu die „Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur“

- Erarbeiten von Checklisten für das Patientengespräch – dem Patienten wird im Vorfeld zum ärztlichen Gespräch dadurch die Möglichkeit gegeben, sich intensiv mit seiner Erkrankung auseinanderzusetzen und Fragen festzuhalten, die er an den Arzt richten möchte. Darauf soll der Hinweis angebracht sein, dass der Patient jederzeit nochmals nachfragen kann und aufgefordert wird, das vom Arzt Gesagte zusammenzufassen. Auf der anderen Seite erscheint es sinnvoll, dass der Arzt beim Patienten nachfragt, ob dieser alles verstanden hat.
- schriftlich Ziele auf einem standardisierten Formblatt vereinbaren - Zielvereinbarungen bis zum nächsten Termin erweisen sich ebenfalls als zielführend und wirken motivierend für den Patienten

6.2 Ressourcensteigerung – Ressourcenorientierung

Erkrankung kann oft zu Vereinsamung führen. Der Rückzug aufgrund der Erkrankung führt zu einem Fernbleiben von sozialen Kontakten mit Freunden und Bekannten, in Vereinen. Damit schafft man die Grundlage für Depression. Auch jüngere Patienten erleben aufgrund ihrer chronischen Erkrankung eine eingeschränkte Bewegungsfreiheit und Arbeitsfähigkeit. Angst um den Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit, Gefühl der Sinnlosigkeit.... Faktoren, die schützend wirken, sind langfristig gesehen wichtige Ressourcen für die Gesundheit.

- Lebensqualität – Einschätzung durch den Patienten, sein körperliches und psychisches Befinden, die sozialen Bindungen, Messung der Patientenzufriedenheit, genauso wie die Messung der klinischen Parameter. Der Mensch steht im Mittelpunkt und nicht seine Erkrankung, die Stärken des Individuums sind hervorzuholen und zu stärken. Belastungsfaktoren identifizieren und Schutzfaktoren aufbauen und stärken
- Angehörige in die Behandlungsplanung miteinbeziehen, Rolle des Partners nicht vernachlässigen, Unterstützung von Familie, Freunden und Angehörigen in der Therapie des Patienten einfordern. Der Patient spielt eine aktive Rolle in seiner Erkrankung, weg vom passiven Teil, die Fähigkeit sich selbst zu helfen, Eigenverantwortung stärken, Zielvereinbarung zwischen Arzt und Patient über zu erreichende Ziele abschließen, der Patient soll mit Unterstützung seiner Familie und Freunde aktiv werden, befähigt werden die für ihn richtigen Entscheidungen treffen zu können und nicht in seiner Autonomie eingeschränkt werden
- Unterstützung der Patienten im Rahmen von Case Management, psychologische und soziale Unterstützung für Patienten durch klinische Psychologen, Diplomierte Sozialarbeiter oder seelsorgerische Betreuung (Teammitglieder der Primärversorgungseinrichtung – „Blütenblätter“)
- Soziale Ressourcen stärken: Netzwerke, Bindungen aus dem sozialen Lebensumfeld (Familie, Angehörige), soziale Kontakte, Selbsthilfegruppen
- Persönliche Ressourcen stärken: Gesundheitskompetenz, Wissen und Kenntnisse, Einsatzfreude, Motivation stärken
- Strukturelle Ressourcen optimieren: hausärztliche Praxis, die Primärversorgungseinrichtung, Strukturqualitätskriterien definieren, Formen und Quellen der Finanzierung, Entwicklung der Organisation durch Umsetzen der Prinzipien der Gesundheitsförderung. Das tägliche Handeln des Teams der Primärversorgungseinrichtung soll darauf ausgerichtet werden und somit langfristig in einen Normalzustand übergehen und dadurch sich positiv auf die Gesundheit der Patienten auswirken („top down“ und „bottom up“)
- Zielgerichtete Aus- und Weiterbildung für die Allgemeinmediziner, um mit Anforderungen wie Stärkung der Resilienz, Stärken der persönlichen und

sozialen Kompetenzen (Teamfähigkeit, Umgang mit anderen Menschen, Empathie, Kommunikationsfähigkeit, Menschenkenntnis...) umgehen zu können

- Arzt-Patienten-Kommunikation kann dazu dienen, die Selbsthilfe/Selbstmanagement des Patienten zu stärken, durch Befragung die Bedürfnisse des Patienten ermitteln und dadurch Möglichkeiten schaffen, die es dem Patienten erlauben mit seiner Erkrankung positiv umgehen zu können und diese akzeptieren. Die Bedürfnisse des Patienten wertschätzen – was tut dem Patienten gut im Umgang mit seiner Erkrankung, was erleichtert es ihm mit den Symptomen umgehen zu können?

6.3 Empowerment, Compliance, Adherence – Gesundheitskompetenz

Anstelle des Begriffes Compliance wird heute weitgehend der Begriff Adhärenz (im Englischen „adherence“) benutzt. Darunter versteht man das Handeln des Patienten und wie er sich an die Empfehlungen zur Medikamenteneinnahme oder Lebensstiländerung des behandelnden Arztes hält – im Sinne eines strikten Einhaltens der Empfehlungen. Eine entsprechende Adhärenz ist vor allem bei chronischen Erkrankungen von großer Bedeutung um einen optimalen Therapieerfolg zu erzielen, der auch auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet ist.

- Eine Basis schaffen, auf der der Patient Vertrauen darin erhält, dass die vom Arzt verordnete medikamentöse Therapie entsprechend anzuwenden ist, da sie zum Nutzen des Patienten sind. Schlagwort „Therapietreue“
- Schulung der behandelnden Ärzte – Allgemeinmediziner und Internisten in einer evidenzbasierten leitliniengerechten Verschreibung von Heilmitteln im Zusammenhang mit der chronischen Herzinsuffizienz
- Schulung der Patienten und Angehörigen. Um die unzureichende Gesundheitskompetenz in Bezug auf die chronische Herzinsuffizienz zu verbessern, benötigt es eine zielgerichtete Ausbildung der Patienten, damit ihr Wissen im Umgang mit der chronischen Herzinsuffizienz gesteigert wird. Die Schulung soll speziell auf Patienten ausgerichtet sein, die über eine un-

zureichende Gesundheitskompetenz verfügen, um das notwendige Wissen in Bezug auf ihre Erkrankung aufzubauen. Dabei sollte auch die Nachhaltigkeit nicht aus den Augen verloren werden, da oft das Wissen nach den Schulungen wieder vernachlässigt wird. Sinnvoll erscheint es daher, nach einem vorher definierten Zeitraum (z.B. sechs Monate) eine Wiederholung der Schulung oder Auffrischung des Wissens verpflichtend anzubieten, möglicherweise auch eine zweite Wiederholung. Den größten Nutzen einer zielgerichteten Schulung zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz zeigt sich bei Patienten, die nur über eine geringe Gesundheitskompetenz verfügen. Studien zeigen aber, dass sich die Gesundheitskompetenz jedoch nicht auf die Selbstpflege und Selbstwirksamkeit im Zusammenhang mit der chronischen Herzinsuffizienz auswirkt. (Chen, et al., 2013)

- Erstellung eigener Patientenleitlinien für die Versorgung der Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz. Diese dienen als Schulungsmaterial. Patienten sollen im Stande sein, der Therapie Folge leisten zu können, Beipacktexte von Heilmitteln lesen und verstehen können, die Relevanz von Empfehlungen der Diätologen verstehen und auch befolgen können

6.4 Gesundheitliche Chancengleichheit

Soziale Ungleichheit beeinflusst den Gesundheitszustand – „Armut macht krank“. Der Grad des Bildungsstandes wirkt sich massiv auf den Gesundheitszustand aus. Die Public Health Charta der österreichischen Sozialversicherung beinhaltet den Punkt der gesundheitlichen Chancengleichheit. Das österreichische Rahmengesundheitsziel 2 „Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen“ zeigt das richtige Bekenntnis.

- Weiterverfolgen des Ansatzes „Health in all Policies“ – Gesundheit findet nicht nur im Gesundheitswesen statt, sondern auch in anderen Politikfeldern, was zur Folge hat, dass durch eine positive Beeinflussung der Determinanten wie Bildung, Einkommen und Beschäftigung es zu einer besseren

Gesundheit kommt. Hier muss angesetzt werden, um eine nachhaltige Sicherung der gesundheitlichen Chancengleichheit erreichen zu können

- Gewährleistung, dass auch die benachteiligten Gruppen einen ungehinderten Zugang zu unserem Gesundheitssystem haben, vorrangig im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit wird von Personen mit chronischer Herzinsuffizienz gesprochen – niederschwellig erreichbar, Nutzen der aufsuchenden Hilfe (Hausbesuche), unterstützende Interventionen/Angebote, nicht nur zu den diversen Ebenen der Versorgung, sondern auch zu den Innovationen, die im E-Health Bereich gesetzt werden (ELGA, TEWEB, ...)
- Das System der Pflichtversicherung in Österreich beibehalten. Die Menschen erhalten unabhängig vom Gesundheitszustand Zugang zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, Heilbehelfe, Hilfsmittel, Heilmittel udgl... In der gesetzlichen Krankenversicherung sind in Österreich fast 100% der Bevölkerung geschützt und haben somit einen Anspruch auf Leistungen daraus. (Sozialversicherungsträger, Handbuch der österreichischen Sozialversicherung, 2016, S. 21) Somit können die Leistungen zumeist ohne Kostenbeteiligung oder durch eine Befreiung von dem Kostenanteil wegen sozialer Schutzbedürftigkeit bei einem Vertragsarzt, einem Vertragspartner, in Anspruch genommen werden
- Bekenntnis zum neuen Primärversorgungsmodell und rasche Umsetzung in die Praxis
- Bekenntnis zur wohnortnahen Versorgung, die in angemessener Zeit erreichbar ist, auch an Tagesrandzeiten
- Einführen von Disease Management Programmen in den Leistungskatalog der Primärversorgungseinrichtungen
- Entwickeln von österreichweiten einheitlichen Disease Management Programmen für chronische Herzinsuffizienz, Beauftragung des Competence Centers Integrierte Versorgung entsprechende Grundlagenarbeiten dazu vorzubereiten. Die Evaluierungsergebnisse der bereits bestehenden Projekte abwarten und in die weiteren Entwicklungsarbeiten einbeziehen

6.5 Settingansatz

Die Primärversorgungseinrichtung als das in der vorliegenden Arbeit relevante Setting und das dort beschäftigte multidisziplinäre Team sollen an der Planung eines Disease Management Programms chronische Herzinsuffizienz, welche durch das CC IV eingeleitet wird, beteiligt werden. Geht es hier um Änderungen der Struktur, so zeigt sich bei der Beteiligung der Betroffenen, dass die Änderungen von mehr Akzeptanz getragen werden. Im Hinblick auf die Umsetzung von Case Management im Rahmen von Disease Management Programmen zur chronischen Herzinsuffizienz zeigt es sich als wirksam, diese in Primärversorgungszentren zu implementieren. Das Case Management übernimmt zumeist eine Pflegekraft, vorzugsweise eine Pflegekraft mit Zusatzqualifikation in der Versorgung von chronischer Herzinsuffizienz. Die derzeitige Struktur der Einzelpraxen, wo ein Allgemeinmediziner arbeitet zumeist ohne Pflegekraft, ist aufgrund der kleinen Teams oft gar nicht in der Lage, diese Versorgung/Interventionen zu übernehmen. In ländlichen Gegenden ist der Zugang zu fachärztlicher Versorgung oft mit langen Anfahrtswegen verbunden. In der Folge geht es um die Betrachtung der Verhältnis- und der Verhaltensebene.

Verhältnisebene:

- Gesundheitsfördernde Primärversorgungseinrichtung als Konzept ähnlich dem gesundheitsfördernden Krankenhaus ist zu etablieren. Es geht darum, Strukturen der Organisation und ihre Abläufe so zu gestalten, dass sie langfristig positiv die Gesundheit von Patienten und Mitarbeitern fördern, im Sinne von Bedingungen einer gesundheitsfördernden Umwelt, in der gearbeitet und gelebt wird
- Wohnortnahe Versorgung und erste Anlaufstelle für gesundheitliche Probleme für alle Patienten
- Das Leistungsspektrum der Primärversorgungseinrichtung ist zu definieren, wobei die Disease Management Programme einen wichtigen Punkt einnehmen und jedenfalls zum fixen Bestandteil gehören

- Durch speziell geschultes Pflegepersonal ist es möglich, eine integrierte Versorgung für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz anbieten zu können
- Zu den Ressourcen, die die Struktur betreffen, zählt das multidisziplinäre Team, das im Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“ beschrieben ist. Darüber hinaus ist das Zusammenarbeiten mit den Herzinsuffizienz-Ambulanzen der Krankenanstalten und den mobilen Hilfsdiensten (im Rahmen der medizinischen Hauskrankenpflege oder der Betreuung der Patienten zu Hause) von großer Wichtigkeit. Die Primärversorgungseinrichtung arbeitet mit anderen Versorgungseinrichtungen zusammen, die für die Betreuung der chronisch Kranken zuständig sind, wie Einrichtungen der Gesundheitsversorgung – Fachärzte für Innere Medizin, Herzinsuffizienzambulanz an Krankenanstalten, öffentliche Apotheken, Selbsthilfegruppen, Hilfsdienste...
- Planung der Sprechstunden – spezielle Sprechstunden für die Herzinsuffizienzpatienten, wo der behandelnde Arzt und auch die Pflegepersonen mit Spezialausbildung anwesend sind. Implementierung eines effizienten Terminmanagements. Es werden fixe Zeitfenster für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz eingeplant
- Organisationsmanagement im Rahmen der hausärztlichen Praxis - elektronische Gesundheitsakte (ELGA), Dokumentation der Behandlung, Datenbanken für alle Beteiligten an DMPs. Dies muss mit einem geringen administrativen Aufwand verbunden sein, Daten sollen standardisiert eingegeben werden können. Die befüllten Dokumentationsbögen bzw. die daraus generierten Datensätze werden über die vorhandene Struktur des E-card-Systems an das Competence Center Integrierte Versorgung zur Auswertung übermittelt. Es sind die dafür notwendigen Benutzerhandbücher zu entwickeln.
- Die dafür notwendige Software soll in die bestehende Arztsoftware integrierbar und praxistauglich sein
- Ein Gesamtvertrag für die neue Struktur der Primärversorgungseinrichtungen liegt vor. Darin ist das Aufgabenspektrum

inklusive der integrierten Versorgungsprogramme und Honorierung definiert. Neue Zusammenarbeitsformen sind legislativ umgesetzt und daher möglich

Verhaltensebene:

Viele Interventionen aus dem Bereich Verhalten beziehen sich auf Partizipation, Empowerment, Adhärenz und Ressourcensteigerung und wurden bereits unter diesen Punkten abgehandelt.

- Einhalten von Medikationsvorgaben, Diättempfehlungen, Lebensstiländerungen, Stressmanagement und Management im Umgang mit der chronischen Herzinsuffizienz
- Stressmanagement für die Mitarbeiter der Primärversorgungseinrichtung

6.6 Vernetzung – multiprofessionell, interdisziplinär, sektoren- übergreifend

In der neuen Primärversorgungsstruktur kooperieren die verschiedenen Berufsgruppen (die sogenannten „Blütenblätter“) rund um die Versorgung des Patienten, wobei dieser im Mittelpunkt (patientenzentriert) steht. Neue Tätigkeitsfelder und/oder neue Berufsgruppen oder -bilder können sich entwickeln. Bezogen auf das Krankheitsbild der chronischen Herzinsuffizienz ist die Versorgung in einem multidisziplinären Team durchzuführen. Ziel sollte es sein, den Allgemeinmediziner in seiner Tätigkeit zu unterstützen und bestenfalls zu entlasten. Die multidisziplinäre Teamarbeit macht es möglich, den Gesundheitszustand des Patienten zu verbessern, die Patientenzufriedenheit zu stärken. Arbeitszufriedenheit der Teammitglieder und gegenseitige Wertschätzung sind ebenfalls ein wichtiges Resultat. Studien zeigen aber, dass eine spezialisierte Pflegekraft in Teamarbeit mit einem Arzt eine signifikante Wirkung auf einige (z.B. Blutdruck, BMI und Rauchverhalten), jedoch nicht auf alle (Krankenhausverweildauer, Nichtraucher-Anteil), klinische Parameter bei chronischer Herzinsuffizienz haben. Die Evidenz (durch Verwendung des SF-36) hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im

Zusammenhang mit der Versorgung bei Patienten mit einer chronischen Herzinsuffizienz durch spezialisierte Pflegekräfte lässt sich nicht bestimmen, es zeigt sich aber ein Trend in die Richtung von Verbesserungen bei den Outcomes. (Health Quality Ontario, 2013)

- Case Management – Nurse coordinator – als Einzelfallbetreuung in der Primärversorgung etablieren, im Wege der aufsuchenden Dienste soll die Betreuung erfolgen, koordinative und planerische Aufgaben für die Versorgung der Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz werden übernommen, partizipativer Prozess zur vollständigen Erhebung der Situation des Patienten inklusive seiner Ressourcen, Risiken und seiner Lebenswelt, eine Betreuung, die engmaschig und langfristig sein soll, ist durch den Hausarzt alleine nicht möglich, daher bietet sich das Arbeiten im multidisziplinären Team im Primärversorgungsteam an, dies umzusetzen
- Optimieren der Abläufe in der Ordination durch Abgabe von Aufgaben im Zusammenhang mit Disease Management Programmen an sogenannte DMP-Assistenten. Das sind Teammitarbeiter in der Primärversorgungseinrichtung, die alle Aufgaben rund um die Betreuung der chronisch Kranken übernehmen und über die Koordination verfügen
- Einführen einer „Chronikersprechstunde“ oder auch eine spezielle Sprechstunde für Patienten, die in Disease Management Programmen eingeschrieben sind. Grundlage hierfür ist ein optimales Management der Termine. Fixe wöchentliche Termine für diese speziellen Sprechstunden einplanen
- Festlegen der Aufgaben, welche vom Hausarzt und welche von anderen Mitgliedern des multidisziplinären Teams übernommen werden können – im Rahmen ihrer derzeitigen beruflichen Kompetenzen bzw. in den künftigen Kompetenzen nach Änderung/Anpassung der Berufsgesetze (AOK-Bundesverband, 2015, S. 29-30)
- Erhebungen zum aktuellen Gesundheitszustand des Patienten sind in einem zuvor definierten Zeitraum (monatlich oder öfter bei Bedarf) nach der Entlassung aus dem Krankenhaus durchzuführen. Dazu werden standardisierte Checklisten verwendet. Die nächsten Telefon-Kontakte

bauen auf diesen Angaben auf – Telemonitoring bzw. Datenübermittlung über die vorhandene Ausstattung mit entsprechenden Geräten zur Datenerfassung. Unterstützung des Patienten auf Telefonbasierung, mHealth („Mobile Health“), Telenursing (Wilbacher, 2016)

- Forcierung, weiterer Aufbau des bestehenden Herzinsuffizienzregisters, Verwendung auch durch die Allgemeinmediziner und (spezialisierten) Pflegefachkräfte ermöglichen, als Plattform für den Wissenstransfer aller Beteiligten nutzen
- Die Rolle der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in Österreich ist im Hinblick auf die Versorgung der ansteigenden Anzahl von chronisch kranken Personen neu zu überdenken und die Aufgabengebiete bzw. die Verantwortlichkeiten, die eigenverantwortlichen Tätigkeiten neu zu definieren. Spezialisierte Pflegepersonen (spezialisierte diplomierte Pflegefachkräfte) sollen künftig auch vermehrt bis lang ärztliche Tätigkeiten in der Versorgung von (chronisch kranker) Patienten übernehmen – unterscheiden lässt sich zwischen einer Ergänzung zur ärztlichen Tätigkeit oder einer eigenverantwortlichen Übernahme von Tätigkeiten in der Versorgung, die bis dato in die Kompetenz und Verantwortung des Arztes gefallen sind. Aufgabengebiete sind klar zu definieren und in den einschlägigen Berufsgesetzen zu verankern
- Kriterien definieren, wie langjährige Berufserfahrung, zusätzliche spezialisierte Ausbildung, Zertifizierungen – Thematik der „Akademisierung der Pflege“ (Bachelor- und Masterlehrgänge), die es erlauben Tätigkeiten aus dem ärztlichen Bereich zu übernehmen
- Etablierung der Ausbildung zur Herzinsuffizienz-Schwester – heart failure specialist nurse - diese können als Bindeglied zwischen fachärztlicher, Spezialisten-Versorgung und jener der Allgemeinmediziner in der Primärversorgungstruktur gesehen werden und schließen die Lücke zwischen den Versorgungsebenen. Die qualitative Studie von Tierney et. al. aus dem Jahr 2014 sieht die Notwendigkeit, dass innerhalb eines Teams diverse Fähigkeiten vorhanden sein müssen um Patienten mit einer chronischen Herzinsuffizienz erfolgreich betreuen zu können. Vernetzung

und Arbeiten als multiprofessionelles und interdisziplinäres Team zeigt sich hier wieder als unerlässlich. Sie spielen eine wichtige Rolle, wenn es zu Veränderungen im Team der Primärversorgungseinrichtung kommen soll.

- Vernetzung mit Selbsthilfegruppen bzw. mit der sogenannten Laienpflege³ – Pflege es chronisch Kranken durch Angehörige, interdisziplinären Erfahrungsaustausch
- Psychosoziale Unterstützung des Patienten durch klinische Psychologen oder Psychotherapeuten der Primärversorgungseinrichtung – Stressmanagement durch diverse Entspannungstechniken, die der Patient erlernen kann
- Diplom Sozialarbeiter in der aufsuchenden Hilfe, bei Hausbesuchen um die Lebens-, Wohnen- und Arbeitswelt des Patienten und seiner Angehörigen abzuklären und ggf. helfend eingreifen zu können (diverse Förderungen oder Möglichkeiten zur Wohnraum-Adaptierung abklären, z.B. über das Sozialministeriumsservice)
- Vernetzungstreffen aller an der Betreuung der Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz beteiligten Berufsgruppen, Austausch von positiven und negativen Erfahrungen, Teambesprechungen in regelmäßigem Abstand in der Primärversorgungseinrichtung durchführen (Powell, et al., 2008)
- Informationsplattform installieren , telefonische Rücksprachen mit der nächsten Versorgungsstufe ermöglichen - Einrichten einer Telefon-Hotline für den behandelnden Allgemeinmediziner, wo er bei Bedarf rasch Rücksprache mit einer Spezialambulanz für Herzinsuffizienz oder einer Kardiologischen Abteilung halten kann

6.7 Nachhaltigkeit

- Einmal jährlich erfolgt im Rahmen der jährlichen Dokumentation die Abfrage der „Quality of Life“ mit einem Standardisierten Fragenbogen durch die

³ Darunter versteht man die Pflege durch Angehörige, durch Personen, die über keine einschlägige Ausbildung dazu verfügen

Primärversorgungseinrichtung (SF-36, KCCQ⁴ als krankheitsspezifischer Fragebogen zur Lebensqualität oder PROQOLID, EHFSBS – European Heart Failure Self-care Behaviour Scale). Mit der Erhebung zur Lebensqualität beginnt man beim Einschreiben des Patienten in das Programm. Es folgt die jährliche Evaluierung. Somit ist eine Vergleichbarkeit, wie sich die Versorgung im Disease Management Programm chronische Herzinsuffizienz auf die Lebensqualität des Patienten (und damit auch auf seine Gesamtsituation) auswirkt, über einen längeren Zeitraum möglich.

- Die speziell ausgebildete Herzinsuffizienz-Pflegefachkraft aus einem möglichen Pilotprojekt wird in den Regelbetrieb übernehmen. Die Ausbildung und die Änderungen in den Berufsgesetzen hinsichtlich des Aufgabengebietes und der Tätigkeiten ist verankert. Angestrebt wird, dass die Gesundheitsberufe über höherer und spezielle(re) Qualifikationen verfügen. Eine Aufwertung der Gesundheitsberuf führt bei deren Angehörigen zu einer größeren Zufriedenheit in der Ausführung der Arbeit und somit ist davon auszugehen, dass diese Personen länger im angestammten Beruf verweilen.
- Die entsprechende Qualität der Aus- und Weiterbildung der speziell ausgebildeten Pflegepersonen muss gewährleistet sein, was sich auch auf die Qualität der Versorgung nachhaltig auswirken sollte.
- Neben den fachlichen medizinisch-pflegerischen Kenntnissen wird es in diesem Zusammenhang immer wichtiger, über spezielle Fähigkeiten und Anforderungen aus dem Bereich Teamfähigkeit und Kommunikation zu verfügen. Gesundheitsdiensteanbieter mit höherer Qualifikation bewirken, dass die Patienten mit ihrer Versorgung, ihrer Betreuung zufriedener sind und das beeinflusst auch die Compliance des Patienten positiv. (Czypionka, Kraus, Riedel, & Röhrling, 2011, S. 8-10, 14)
- multidisziplinäre Versorgung des Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz, Arbeiten rund um den chronisch kranken Patienten, ein Arbeiten im Team rund um den Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz ist gewährleistet

⁴ SF-36: Short Form 36 (Gesundheitsfragebogen) KCCQ: Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire

- Implementierung von Follow-ups in der Schulung der Patient und Gesundheitsdiensteanbieter, definieren der Zeitintervalle, in denen die Follow-ups stattfinden sollen
- Regelmäßige strukturierte telefonbasierte Kontakte durch spezielle ausgebildete Telenurses mit dem Patienten (Abstände zwischen den Kontakten sind zu definieren) (Powell, et al., 2008)
- Wie die sonstige Honorierung der Leistungen im Rahmen des Disease Management Programmes „Chronische Herzinsuffizienz“, sind auch die Tätigkeiten der Herzinsuffizienz Pflegefachkraft in die Honorarordnungen der Primärversorgungsstruktur aufgenommen
- Jährliches Monitoring von Endpunkten wie Voranschreiten der Herzinsuffizienz (Änderung des Schweregrades), gesundheitsbezogene Lebensqualität, Adherence zur Therapietreue, körperlichen Aktivität, Rauchverhalten, Alkoholkonsum, Salzkonsum, Umgang mit dem Selbstmanagement und der Selbstwirksamkeit. Dazu sind standardisierte
- sunterlagen entwickelt worden.
- Jährliche Betrachtung der Anzahl der in das Disease Management Programm eingeschriebenen Patienten
- Das Competence Center Integrierte Versorgung, das bei der Wiener Gebietskrankenkasse eingerichtet ist, hat seine Priorisierung für ein Disease Mangement Programm für chronische Herzinsuffizienz klar eingehalten. Grundlagenarbeiten wurden beauftragt und die Ergebnisse können den Systempartnern präsentiert werden.
- Aus einem möglichen Pilotprojekt heraus ist die künftige Finanzierung, die Honorierungsform, gesichert worden, damit auch die Höhe der Abgeltung
- Nutzen der Erfahrungen aus den derzeit bestehenden (Pilot)Projekten der integrierten Versorgung bei chronischer Herzinsuffizienz für die Umsetzung in den österreichweiten, einheitlichen Regelbetrieb
- Die Anregungen und Empfehlungen können auf andere Krankheitsbilder für weitere Disease Management Programme übernommen werden. Da Gesundheitsförderung zum Leistungsspektrum des Primärversorgungszentrums gehört, können dort die Intervention umgesetzt

werden. Die Erfahrungen aus dem Projekt werden anderen Primärversorgungseinrichtungen zur Verfügung gestellt. Die Beurteilung der Nachhaltigkeit erfolgt auf der strukturellen Ebene und auf Ebene der Zielgruppe der Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz. Die Transferierbarkeit auf andere Krankheitsbilder stellt einen wichtigen Aspekt dar. (Fonds gesundes Österreich, 2015, S. 5-6)

- Die Qualitätssicherung ist über das Competence Center Integrierte Versorgung sicherzustellen und jährlich evaluieren. Evaluierungspunkte sind überlegt worden (vermiedene Krankenhaus(wieder)aufnahmen, vermiedene Facharztzuweisungen, Reduzierung der Komplikationen/Akutereignisse, Anzahl der teilnehmenden Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz...) – Ergebnisqualität, Prozessqualität. Definiert ist, wie mit Non-Compliance-Patienten umgegangen werden soll

7 Ausblick – Schlussfolgerungen

7.1 Diskussion der Erkenntnisse und deren Limitierungen

Das österreichische Gesundheitswesen ist in seinen Kompetenzlagen sehr zersplittert. Es liegen eine Vielzahl an Akteuren, wie Leistungserbringer, Zahler, Gesetzgeber vor, die (oft) unterschiedliche Interessen vertreten. Das führt zu jenen strukturellen Problemen, mit denen Österreich in diesem Bereich zu kämpfen hat. Primär fällt das Gesundheitswesen mit fast allen seinen Bereichen in die Kompetenz des Bundes. Diese werden in der Bundesverfassung geregelt. Darüber hinaus ist für Planung, Steuerung oder Finanzierung der stationären Versorgung vorrangig die Landesebene zuständig. Einige Aufgaben wurden an die Selbstverwaltung übertragen. Dies betrifft die Sozialversicherung, die vor allem für die extramurale ambulante Versorgung mit Haus- und Fachärzten zuständig ist. Das stellt sich als große Hürde für ein gemeinsames und koordiniertes Vorgehen im österreichischen Gesundheitswesen heraus. Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf den ambulanten Bereich der Gesundheitsversorgung. Für diesen Bereich ist vorrangig die Sozialversicherung durch Abschluss von Verträgen zuständig. In der österreichischen Sozialversicherung herrscht das Sachleistungsprinzip vor. Um dieses gewährleisten zu können, schließen die Krankenversicherungsträger Verträge mit Vertretern der Gesundheitsdienstleister ab. Sie geben das Grundgerüst für die Versorgung der Bevölkerung mit ärztlichen Leistungen vor. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger schließt mit der örtlich zuständigen Ärztekammer (Ärztekammer des jeweiligen Bundeslandes) die Gesamtverträge. Die Krankenversicherungsträger haben dann diesen noch zuzustimmen. Wobei hingegen bei den Sondersicherungsträgern (SVA, BVA und VAEB) die Österreichische Ärztekammer den Gesamtvertrag abschließt. Die beteiligten Ärztekammern haben diesem Vertrag abschließend noch zuzustimmen. Mit diesen Gesamtverträgen versucht man das Leistungsgeschehen einheitlich zu gestalten. Die Ausgestaltung ist in den einzelnen Bundesländern und zwischen den einzelnen Krankenversicherungsträgern derzeit sehr unterschiedlich. (Hofmarcher, 2013, S. 29-67). Diese oben beschriebene Kompetenzverteilung erschwert es, gemeinsame Projekte von Gebietskrankenkassen und bundesweiten Sozialversicherungs-

trägern im Rahmen der ambulanten extramuralen ärztlichen Versorgung auf Ebene des Bundeslandes auf die Beine zu stellen. Sind gesamtvertragliche Regelungen dadurch betroffen, so müssen die unterschiedlichen Vertragspartner auf Landes- und Bundesebene in die Verhandlungen eingebunden werden. Durch die nachfolgende Stakeholderanalyse (Umfeldanalyse) soll ein Verständnis für die Beteiligten im gesundheitspolitischen Kontext geschaffen werden. Unter dem Begriff Stakeholder versteht man jene Personen und Gruppen, die ein Interesse an dem Projekt, dem Programm haben bzw. die Einfluss auf das Projekt nehmen können. Diese Interessenträger haben unterschiedliche Gründe, wieso sie an dem Projekt, dem Programm interessiert sind. (Karavul, 2016) Folgende Stakeholder betreffen den Bereich des Gesundheitswesens und zeigen sich für die vorliegende Arbeit als relevant. Es ist auch möglich, eine Zuteilung zu den entsprechenden Bereichen vorzunehmen.

- Öffentliche Verwaltung (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Bundesministerium für Finanzen, Bundesministerium für Bildung - Politik auf Bundes- und Landesebene, Gemeindeebene, Sozialversicherung, ...)
- Akteure - Gesundheitsdiensteanbieter: (Ärztammer als Interessenvertretung der niedergelassenen Ärzte (Allgemeinmediziner und Fachärzte), gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, gehobene medizinisch-technische Dienste und deren Dachverbände und Interessenvertretungen (Physio-, Logo-, Ergotherapie, Diätologen), klinische Gesundheits- und Arbeitspsychologen, Sozialarbeiter, Apothekerkammer, österreichische Gesellschaft für Kardiologie (ÖKG), Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM),). Zusammenfassend wird das Kernteam der Primärversorgungseinrichtung und die Blütenblätter rund um das Kernteam als Kooperationspartner angesprochen
- Patienten und ihre Angehörigen, Familie und Freunde
- Selbsthilfegruppen, Pensionistenverbände
- Medizinproduktehersteller, Pharmaindustrie
- Medizintechnologie – elektronische Unterstützungsmöglichkeiten (ELGA, webbasierte Informationsdienste – Hotlines für Ärzte und Patienten...)

Ausblick – Schlussfolgerungen

- Öffentlichkeit – Gesellschaft
- Medien - Zeitschriften (Fachzeitschriften, Tagespresse), Radio und Fernsehen, Internet, Plattformen, ...
- Wirtschaft – Unternehmen als Dienstgeber der betroffenen Patienten und Angehörigen (Wirtschaftskammer, Arbeiterkammer)

Stärken der Stakeholder – wo können sie positiv einwirken?

- Öffentliche Verwaltung: Finanzierung
- Akteure: vernetztes Arbeiten im Team der Primärversorgungseinrichtung, koordinierte langandauernde Betreuung der chronisch Kranken, langjährige, zumeist positive, Beziehungen zwischen Arzt und Patient, Vertragsverhandlungen zwischen einzelnen Financiers des Gesundheitssystems, Änderung von Ausbildungsverordnungen, Berufsbildern, Berufsgesetzen liegen in ihrem Kompetenzbereich
- Wirtschaft: Arbeitgeber haben das Interesse, dass ihre Mitarbeiter durch eine optimale Krankenversorgung weniger Fehlzeiten (Krankenstandstage) aufweisen und am Arbeitsprozess rasch wieder teilnehmen können, um die (eigene) Produktivität zu steigern.

Schwächen der Stakeholder - woran kann ihre Beteiligung/ihr Interesse scheitern, wodurch können die Stakeholder das Projekt zum Scheitern bringen?

- Öffentliche Verwaltung: Finanzierung
- Akteure: Veto der Vertragsparteien im Rahmen von Vertragsverhandlungen,
- Patient: er benötigt Eigenständigkeit für die Selbstverantwortung (Selbstmanagement stärken). Auf der anderen Seite benötigen chronisch kranke Patienten regelmäßige Kontrollen und verpflichtende Termine in der Primärversorgungseinrichtung, die einzuhalten sind. Wie geht man mit Non-Compliance-Patienten um?

- Struktur: Disease Management Programme kommen zumeist aus dem amerikanischen Raum und wurden im dortigen strukturierten System eingesetzt, das macht die Übertragbarkeit auf das österreichische Gesundheitssystem schwierig und es müssen entsprechende Anpassungen vorgenommen werden. Aber aus den bereits in Deutschland und Österreich eingeführten strukturierten Behandlungsprogrammen kann gelernt werden.

Wie stehen die Stakeholder zu dem Projekt?

- Öffentliche Verwaltung: im Hinblick auf die ökonomischen Auswirkungen sind die Financiers dafür Disease Management Programme einzuführen. Koordinierte Behandlungen, die evidenzbasiert sind, zahlen sich für die chronisch kranken Patienten aus. Erfahrungen von Pilotprojekten lassen sich im Wege der Nachhaltigkeit auf andere Krankheitsbilder übertragen. Es ist Zeit, neue Wege im österreichischen Gesundheitssystem zu gehen, mehr gesunde Lebensjahre für die Bevölkerung sowie Chancengleichheit für alle soziökonomischen Schichten zu schaffen. Ein wichtiger Schritt wurde hier mit den Österreichischen Rahmengesundheitszielen gesetzt.
- Ärztekammer: skeptische bis ablehnende Haltung gegenüber Disease Management Programmen und die neue Struktur der Primärversorgungseinrichtungen. Es werden die evidenzbasierten Leitlinien als Eingriff in ihre Therapiefreiheit gesehen, enormer Verwaltungsaufwand durch umfangreiche Dokumentation, keine ausreichenden finanziellen und personellen Ressourcen. Es gibt Bedenken, dass die derzeit vorherrschenden Einzelordinationen bzw. der Hausarzt wie er derzeit besteht, abgeschafft wird und durch anonyme, gewinnorientierte Ambulatorien ersetzt werden. Die freie Arztwahl wäre aus ihrer Sicht eingeschränkt.
- Patienten und Angehörige: über 90% der Bevölkerung verfügen über einen Haus- oder Vertrauensarzt, sie sehen die Primärversorgungseinrichtung als erste Anlaufstelle für ihre gesundheitlichen Probleme, laut Umfragen wünschen sie sich mehr Zeit für individuelle Gespräche mit dem behandelnden Arzt, Langzeitbetreuung und auch Einzelfallbetreuung durch Case Mana-

gement. Vor- und Nachteile, Nutzen und Risiken der neuen Versorgungsformen sind der Bevölkerung verstärkt darzustellen.

Maßnahmen um das Scheitern verhindern zu können?

- Öffentliche Verwaltung: Transparenz hinsichtlich der Entscheidungsfindungen, Einbeziehung aller Beteiligten in den Prozess der Verhandlungen
- Akteure: Aktive und frühzeitige Einbeziehung in den Prozess der Entscheidungsfindungen, attraktivere/neue Honorierungsmodelle, mehr Zeit für Arzt-Patienten-Gespräche, Zuwendungsmedizin stärken, Schulung der Akteure (z.B. DFP-Diplom), Informationsveranstaltungen durch die Financiers um Bedenken nehmen zu können (auf Ebene der Beteiligten, der Gesellschaft...)
- Patienten und Angehörige: leicht lesbares Informationsmaterial, Patientenleitlinien, Stärken der Gesundheitskompetenz, aktive Einbeziehung des Patienten in den Entscheidungsprozess, was Diagnostik und Therapie betrifft
- Wirtschaft: durch optimale Betreuung der chronisch Kranken ist ein Arbeiten ohne große Einschränkung möglich. Fehlzeiten verringern sich. Die Produktivität steigt. Lebensqualität steigt.
- Medien: Informationskampagnen um das Vorhandensein von Disease Management Programmen zu bewerben, das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer integrierten, multidisziplinären Versorgung der Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz schaffen, Bewusstsein schaffen für den Bereich der Gesundheitsförderung und die neue Struktur der Primärversorgungseinrichtung

7.2 Beantwortung der Forschungsfrage

Zur Umsetzung der erarbeiteten Empfehlungen braucht es einen Paradigmenwechsel, eine Anpassung der gesetzlichen Grundlagen und vor allem ein Bekenntnis aller Entscheidungsträger bzw. Systempartner auf politischer Ebene. Die Versorgung in unserem Gesundheitssystem muss so weiter entwickelt werden, dass bei der Behandlung der Menschen dieser als ganzheitliches Wesen

(biopsychosozialer Ansatz) im Mittelpunkt steht und seine Bedürfnisse mitberücksichtigt werden. Dieser Ansatz dient zur Ergänzung oder stellt künftig einen Teil der medizinischen, kurativen Leistung in der Behandlung dar. Das Konzept der Primärversorgung und der integrierten Versorgung trägt diesem Entwicklungsansatz Rechnung. Im Settingansatz soll die Gesundheitsförderung bzw. die Wichtigkeit der Gesundheit ebendort einbezogen werden. Dazu dient die neue Versorgungsstruktur der Primärversorgung, wie sie in Österreich vorgesehen ist, um eine Verschränkung zwischen Krankenversorgung und Gesundheitsförderung herbeizuführen. Das kommt allen Beteiligten auf allen Ebenen (Politik, System, Individuum) zu Gute. Der Anstieg der chronischen Erkrankungen stellt eine große Herausforderung an die allgemeinmedizinische Versorgung dar, was es erforderlich macht, Primärversorgungsstrukturen als Zentrum oder Netzwerk so rasch als möglich umzusetzen. Ziel ist es, die Ärzte des niedergelassenen Bereiches verstärkt in die Betreuung der chronisch kranken Personen einzubeziehen, um die Spezialambulanzen in Krankenanstalten zu entlasten. Das Arbeiten im multidisziplinären Team tritt in den Vordergrund. Das entspricht auch den Intensionen des Artikel 10 des Bundes-Zielsteuerungsvertrages, wo es darum geht, Leistungen über die Sektoren hinweg zu verschieben. Die Folge ist ein entsprechender finanzieller Ausgleich. (Bundesministerium für Gesundheit, 2013, S. 36-37)

Um nun den Bezug zu den in Kapitel 1.2 definierten Forschungsfragen herzustellen und eine Beantwortung ableiten zu können, kann festgehalten werden, dass in den bereits bestehenden integrierten Versorgungsprogrammen zur chronischen Herzinsuffizienz einige Prinzipien der Gesundheitsförderung (Empowerment, Compliance, Ressourcensteigerung, Vernetzung) umgesetzt werden. Das Schaffen von entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen in den Berufsgesetzen ist für die Zukunft notwendig, um Tätigkeiten aus der ärztlichen Verantwortung an andere Gesundheitsberufe abzugeben. Disease Management Programme kommen zumeist aus dem amerikanischen Raum und wurden im dortigen strukturierten System eingesetzt, das macht die Übertragbarkeit auf das österreichische Gesundheitssystem schwierig und es müssen entspre-

chende Anpassungen vorgenommen werden. Aber aus den bereits in Deutschland und Österreich eingeführten strukturierten Behandlungsprogrammen (wie z.B. „Therapie aktiv – Disease Management Programm Diabetes Typ II“ und von jenen Projekten zur integrierten Versorgung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz, die derzeit bereits in Österreich erprobt werden) kann gelernt werden. Um die Gesundheitsberufe aufzuwerten, erscheint es wichtig, die Spezialisierung zur Herzinsuffizienzschwester, zum Herzinsuffizienzberater fix zu implementieren. Die dazu notwendigen Lehrgänge gibt es bereits in Österreich und werden vom AZW (Ausbildungszentrum West) in Innsbruck angeboten. Case Management Lehrgänge sind ebenfalls in Österreich verfügbar. Schulungsinhalte für die Fortbildung, die die Ärztekammer zum Thema Patientenkommunikation anbietet, liegen noch nicht vor und müssen daher definiert und in das Programm aufgenommen werden. Ebenso wie für die weiteren Gesundheitsberufe. Bei der Recherche konnten Patientenleitlinien und Schulungsunterlagen für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz aus der Literatur identifiziert werden. Diese werden in Deutschland verwendet und eine Übernahme in den österreichischen Kontext erscheint möglich. Die derzeit in Österreich bestehenden Programme sind heterogen, beinhalten aber viele gleiche Komponenten und haben vielversprechende Ansätze. Daher sollte das Competence Center Integrierte Versorgung mit der Entwicklung eines österreichweit einheitlichen Disease Management Programmes für chronische Herzinsuffizienz beauftragt werden. Als Ausfluss des Rahmengesundheitszieles 3 und als Handlungsfeld darf die Einführung einer gestärkten Primärversorgung in Österreich gesehen werden. Das Setting hausärztlichen Praxis bzw. Primärversorgungseinrichtung ist geeignet, als leicht zugängliche erste Stelle im Gesundheitswesen die Zielgruppe der (chronisch) Erkrankten rasch zu erreichen, Zugangsbarrieren verschwinden. Eine kontinuierliche und direkte Betreuung der chronisch Kranken ist dadurch gewährleistet, was auch die Umsetzung von Disease Management Programmen erlaubt und erleichtert. (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011, S. 497-498). Es sind gute Ansätze im österreichischen Gesundheitswesen vorhanden um den Anforderungen der Zukunft gerecht zu werden. Nur ein gemeinsames Bekenntnis aller Beteiligten und ein „Ziehen an einem Strang“, das geschlossene Auftreten für

die Veränderungen macht es möglich, das österreichische Gesundheitssystem zukunftsfähig zu machen!

7.3 Überlegungen zur Evaluierung

Schon in der Planungsphase liegt die Aufgabe der Evaluation darin, an der Ausarbeitung des Interventionskonzepts mitzuwirken. Der Schwerpunkt muss in die Formulierung von realistischen und erreichbaren Zielen gelegt werden. Zu unterscheiden sind dabei **Projekt- und Qualitätsziele**. Qualitätsziele fragen nach Verbesserungen in/bei Abläufen und in Strukturen, während Projektziele die Anforderungen an das Projekt, das Programm definieren und sie bilden den Ausgangspunkt für die Formulierung der Evaluierungsfragen. Um ihren Nutzen zeigen zu können, werden sie nach der SMART-Regel formuliert – Ziele müssen spezifisch, messbar, anspruchsvoll, realistisch und zeitlich terminisiert sein. Die Struktur der Ziele soll es zulassen, deren Zwischenschritte und Meilensteine (wann erreiche ich mein formuliertes Zwischenziel?) nachvollziehbar zu machen. Ob das der Fall ist, kann durch die Definition von Indikatoren geprüft werden. Durch die Indikatoren lassen sich die Ziele beobachtbar und messbar darstellen. Sie geben somit einen Hinweis darauf, wie es um die Zielerreichung steht.

Aufgrund der Begrenzung des Umfangs dieser Arbeit wird nicht näher auf die Evaluation eingegangen. Bemerkenswert ist aber, dass sie einen **wichtigen Outcome** der vorliegenden Arbeit darstellt. Es wird ein Hinweis gesetzt, sodass dieser wichtige Punkt nicht vergessen wird. Die Aufgabe einer weiteren Arbeit läge darin, sich intensiver mit den Indikatoren der Evaluation auseinanderzusetzen und die Evaluation der Empfehlungen und deren Umsetzung in der Primärversorgungseinrichtung durchzuführen. Hingewiesen wird in diesem Zusammenhang auf den Bericht der Medizinischen Universität Graz aus dem Jahr 2015 „Primary Health Care (PHC): Erstellung eines Master-Evaluationskatalogs für österreichische PHC-Einrichtungen“. Ziel dieses Berichtes war es, Qualitätsindikatoren für die österreichweite Evaluation der neuen Primärversorgungseinrichtungen zu identifizieren. Ein wichtiger Aspekt ist der **gesundheitliche Nutzen** der geplanten Intervention (im Hinblick darauf, dass die Ziele auf Wirksamkeit und Nachhaltigkeit ausgerich-

tet sind). Patientenzufriedenheit, Einhaltung der Qualitätskriterien für den Bereich Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation stellen Punkte dar, die bei der Erarbeitung von Indikatoren von maßgeblicher Bedeutung sind. Vor allem die **Ergebnisevaluation** zielt auf Auswirkungen ab, die einerseits kurzfristig, unmittelbar und andererseits langfristig (Lebensstiländerungen, Therapietreue) ausgerichtet sind. Die Benutzerfreundlichkeit (Usability) sowohl für den Patienten (in Bezug auf den Zugang zum Programm), als auch für das multidisziplinäre Team in der Primärversorgungseinrichtung, stellen wichtige Punkte dar, um auch eine Akzeptanz bei den Betroffenen zu finden. (Naidoo & Wills, 2010, S. 461- 464) Für die Evaluation konnten folgende Indikatoren aufgestellt werden, die in ihrer Art **Empfehlungscharakter** haben:

- Die **Dokumentation** ist durch eine Erstdokumentation im Rahmen der Aufnahme in das Disease Management Programm vorzunehmen, die Folgedokumentation soll einmal jährlich erfolgen. Dafür wurden elektronisch verfügbare standardisierte Dokumentationsbögen entwickelt. Die Teilnahmebestätigung der eingeschriebenen Patienten, sowie die Beitrittserklärungen der teilnehmenden Ärzte der Primärversorgungseinrichtung liegen vor
- Es existiert eine funktionierende technische Umsetzung für die Dokumentation und Archivierung der Daten - in Form einer **Datenbank** (wie z.B. Herzinsuffizienzregister, ELGA...), von standardisierten Dokumentationsbögen
- Alle Pflichtfelder in den Dokumentationsbögen wurden korrekt und vollständig befüllt. Eine Datenauswertung erfolgt jährlich. Eine Zeitreihe zur Entwicklung der abgefragten Daten ist darstellbar. Ein entsprechendes e-card Benutzerhandbuch liegt vor
- Zahl der Patienten je Bundesland, die mit einer diagnostizierten chronischen Herzinsuffizienz in dem Disease Management Programm „Chronische Herzinsuffizienz“ **eingeschrieben** sind. Als Baseline dienen jene Patienten, die aufgrund eines stationären Krankenhausaufenthaltes mit dem ICD-10 Code I50 „Herzinsuffizienz“ in einem Bundesland innerhalb eines Kalenderjahres identifiziert wurden.

- Zahl der Patienten je Bundesland, die innerhalb eines Jahres ab der Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm, an **Schulungen** teilgenommen haben.
- Zahl der **Patientenschulungen** je Bundesland zu erkrankungsspezifischen Themen (z.B. aus dem Bereich Selbstkontrolle, Selbstmanagement, Compliance in der medikamentösen Therapie, Lebensstiländerung), die innerhalb eines Kalenderjahres abgehalten wurden.
- Zahl der **Wiederholungsschulungen** für Patienten je Bundesland, die innerhalb von drei, 6, 9 oder/und 12 Monate nach der ersten Schulung stattgefunden haben
- Jährliche Erhebung, wieviele der, in der zwischen Arzt und Patient abgeschlossenen **Zielvereinbarung**, vereinbarten Ziele (z.B. Blutdruck, Gewicht, Lebensstiländerung, Bewegung...) erreicht wurden – Grad der Zielumsetzung
- Zahl der **stationären Wiederaufnahmen** eingeschriebener Patienten je Bundesland nach drei, 6, 9 oder/und 12 Monaten ab Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm
- Zahl der **Akutereignisse** in einem Zeitraum von drei, 6, 9 und 12 Monaten bei eingeschriebenen Patienten nach Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm
- Zahl der eingeschriebenen Patienten, die nach drei, 6, 9 und 12 Monaten ab Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm in die **nächste Versorgungsstufe** (Facharzt, Krankenanstalt) überwiesen wurden
- Ausgehend von einer Baseline, die den Beginn des Disease Management Programmes „Chronische Herzinsuffizienz“ darstellt, wird jährlich die **Entwicklung der Folgekosten** (Facharztkosten, Transporte, Heilbehelfe und Hilfsmittel) auf Ebene der Primärversorgungseinheit betrachtet. Als Vergleichszeitraum dient jenes Kalenderjahr, welches vor Einführung des DMP gelegen ist
- **Strukturqualität:** sind die relevanten Rahmenbedingungen für die Implementierung der Primärversorgungseinrichtungen (gesetzliche Grundlagen, Gesamtvertrag, Strukturqualitätskriterien, Zugang zum Programm bzw. zur

Behandlung...) und des Disease Management Programmes „Chronische Herzinsuffizienz“ vorhanden (technische Strukturen, personelle Ressourcen, vertragliche Grundlagen...)? Wie entwickeln sich die Strukturen? – Anzahl der dem DMP neu beigetretenen Allgemeinmediziner? Erfolgt ein flächendeckendes Rollout in den Bundesländern? Woran scheitert das Rollout in den Bundesländern? Wie sieht der Stand des Rollouts in den Bundesländern aus? (jährliche Erhebung)

- **Prozessqualität:** Wie sieht die Qualität der Betreuung aus? Entsprechen die Abläufe aus dem medizinischen, pflegerischen, ärztlichen und organisatorischen Bereich den definierten Kriterien (z.B. Schnitt- und Nahtstellen definiert mit dem multidisziplinären Team, der Apotheke, den Krankenanstalten und sonstigen Kooperationspartnern, Übergabe an Hilfsdienste, Terminmanagement – Einladungen zu Folgeuntersuchungen und Vorhalten von speziellen Sprechstunden, Angebote für Patientenschulungen, Übernahme von Tätigkeiten durch speziell ausgebildete Pflegepersonen, evidenzbasiertes/leitliniengerechtes Vorgehen bei der Therapie(planung)...)?
- **Ergebnisqualität:** der messbare Output (Parameter wie Gewicht, Blutdruck, NT-proBNP, Natrium, Kalium, Nierenwerte, Voranschreiten der Herzinsuffizienz – Änderung des Schweregrades) soll durch standardisierte Fragebögen jährlich erfasst werden. Jährliche Messungen in Bezug auf Lebensqualität (Lebensumstände, subjektives Empfinden), Lebensstiländerung (Ernährung, Bewegungsverhalten, Flüssigkeitszufuhr, Rauchen und Alkoholkonsum) und Patientenzufriedenheit (bezogen auf die Qualität der Betreuung im Programm, im multidisziplinären Team, in der Primärversorgungseinrichtung)
- Zahl der pro Kalenderjahr und Bundesland aus dem Disease Management Programm **ausgeschiedenen Patienten** – Erhebung im Rahmen der jährlichen Folgedokumentation, getrennt nach Ausscheidungsgrund (Ausschluss, Austritt oder Tod)
- Ausgehend von einer definierten Baseline (z.B. Primärversorgungseinrichtung, Bundesland), werden jährlich ab Teilnahme an dem DMP die Veränderungen bei **Ausgaben für Heilmittel** für die Indikation „chronische Herz-

insuffizienz“ betrachtet. Kann daraus auf eine Verbesserung der medikamentösen Therapie geschlossen werden? Die Auswertung soll auf Ebene des ATC-Codes⁵ (Stufe 3) stattfinden– Heilmittel, die einen Rückschluss auf eine chronische Herzinsuffizienz zulassen

- **Patientenbefragung:** wie ist der Informationsstand des Patienten zu seinem Krankheitsbild? Woher erhalten die Patienten die krankheitsrelevanten Informationen? Wie ist die Einstellung des Patienten zu dem strukturierten Behandlungsprogramm? Liegt eine Ablehnung vor, wenn ja warum? (z.B. Problem beim Zugang, sprachliche Probleme, gesundheitliche Einschränkungen, mangelnde Information)
- **Ausbildung/Fortbildung** der Gesundheitsberufe: liegen Fortbildungskonzepte für die Bereiche „Kommunikation und Gesprächsführung und –techniken“, sowie für die Umsetzung des Gesundheitsbegriffes aus dem biopsychosozialen Blickwinkel vor? Wurden diese Bereiche bereits in die universitäre und praktische Ausbildung der Ärzte und des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege integriert? In welchen Bundesländern werden Lehrgänge für die Spezialausbildung zur Herzinsuffizienzschwester, zum Herzinsuffizienzberater angeboten?
- **Honorierung:** die Einigung der Systempartner zu einer Honorierungsform für Disease Management Programme (von den Systempartnern unterfertigte Vereinbarung) und deren Umsetzung im Rahmen der Vertragspartnerabrechnung ist erfolgt

Die in diesem Punkt aufgezeigten Indikatoren wurden nicht abschließend dargestellt. Eine Erweiterung, eine Konkretisierung, wird im Rahmen der Konzepterstellung für die Evaluation erfolgen. Indikatoren können für verschiedene Ebenen definiert werden – auf Ebene der Primärversorgungseinrichtung, auf Ebene des Disease Management Programmes, auf Ebene des Gesundheitssystems. Alle Fragestellungen können nicht im Rahmen der Evaluation abgearbeitet werden. Daher erscheint es sinnvoll, die Fragen nach ihrer Wichtigkeit und Relevanz zu reihen. Überlegungen zum Verwendungszweck der Evaluationsergebnisse und für wen

⁵ ATC-Code – anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem

die Ergebnisse von Interesse sind, dürfen nicht vernachlässigt werden. Die in diesem Teil des Kapitels dargestellten Überlegungen zur Evaluation stellen Empfehlungen dar und sind daher jederzeit erweiterbar. Aus Gründen der Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Evaluation erscheint es angebracht, die Ergebnisse in einem **Qualitätsbericht** den Systempartnern zur Verfügung zu stellen. Die Evaluation ist ein wichtiges Instrument um ein Programm zu untermauern und weiterentwickeln zu können, den Nutzen darzustellen. Sie kann durch eigene Mitarbeiter im Rahmen einer Selbstevaluation oder durch Evaluationsfachleute durch eine externe Evaluation (Fremdevaluation) durchgeführt werden. Die formative Evaluation stellt eine Qualitätssicherung dar, mit dem Ziel Programme frühzeitig zu adaptieren und zu verbessern (Prozessevaluation). Ist ein Programm bereits abgeschlossen, erlaubt die summative Evaluation eine zusammenfassende Beurteilung der Intervention. Damit soll auch die **(nachhaltige) Wirkung des Programmes** bewertet werden (Wirkungsevaluation oder Ergebnisevaluation) (Quint-Essenz Gesundheitsförderung Schweiz, 2012). Wird das Competence Center Integrierte Versorgung mit der Erarbeitung von Grundlagen für ein österreichweites einheitliches Disease Management Programm „Chronische Herzinsuffizienz“ beauftragt, so ist im Vorfeld festzulegen, ob ebendort die Evaluierung durchgeführt oder eine externe Einrichtung für die Evaluierung (z.B. die Medizinische Universität Graz) beauftragt werden soll. Zu unterscheiden ist die Evaluation im Rahmen eines möglichen Pilotprojektes und im anschließenden laufenden Regelbetrieb.

Das Gesundheitssystem steht vor neuen Herausforderungen, die durch die demographischen Entwicklungen größer werden, da die Menschen älter, aber auch kränker und zumeist multimorbid sind. Es ist daher notwendig, neue Versorgungsformen in Österreich umzusetzen. Das sollte allen Systempartnern bewusst sein, um den Herausforderungen, die in der Zukunft auf uns warten, gerecht zu werden. Das macht es auch notwendig, Gesundheitsförderung und ihre Grundprinzipien verstärkt um-/einzusetzen und den Hausarzt als Koordinator der Gesundheitsleistungen für den Patienten zu etablieren. Das Arbeiten in multidisziplinären Teams, welche rund um und mit dem Patienten agieren, ist verstärkt einzusetzen. Das zeigt sich in weiterer Folge darin, dass integrierte Versorgungsprogramme die

Ausblick – Schlussfolgerungen

Versorgungsqualität optimieren. Das unterstreicht die wichtige Rolle der hausärztlichen Versorgung in multidisziplinären Primärversorgungseinrichtungen.

Literaturverzeichnis

- AOK-Bundesverband. (2015). *DMP im Praxisalltag - Ein Leitfaden für Ärzte und Praxisteams*. Berlin, Deutschland: Kompart Verlagsgesellschaft mbH & Co KG.
- AVOS Prävention und Gesundheitsförderung. (2016). <https://avos.at>. Abgerufen am 20. Jänner 2017 von <https://avos.at/angebot/erwachsenengesundheit-vorsorgemedizin/kardiomobil-heimbetreuung-fuer-herzinsuffizienz>
- ÄZQ - Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. (2011). <http://www.patienteninformation.de>. Abgerufen am 10. Juni 2016 von <http://www.patienteninformation.de/mdb/downloads/nvl/herzinsuffizienz/herzinsuffizienz-vers1.0-pll.pdf>
- Becka, S., & Schauppenlehner, M. (2011). Integrierte Versorgung - Aufbruch zu neuen Wegen. *Soziale Sicherheit*, S. 200-205.
- Bundesgesundheitsagentur. (2014). *Das Team rund um den Hausarzt*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2012). *Rahmen-Gesundheitsziele Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich (Langfassung)*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2013). Bundes-Zielsteuerungsvertrag. *Bundes-Zielsteuerungsvertrag*. Wien, Österreich: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2011). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. Köln: Verlag für Gesundheitsförderung.

- Chen, A., Yehle, K., Albert, N., Ferraro, K., Mason, H., Murawski, M., & Plake, K. (2013). *Health Literacy Influences Heart Failure Knowledge Attainment but Not Self-Efficacy for Self-Care or Adherence to Self-Care over Time*. USA.
- Czypionka, T., & Ulinski, S. (2014). *Primärversorgung*. Wien: IHS.
- Czypionka, T., Kraus, M., Riedel, M., & Röhrling, G. (2011). Health Workforce: Status quo und neue Berufsfelder. *Soziale Sicherheit*, 16.
- European Society of Cardiology. (2016). <http://eurheartj.oxfordjournals.org>. Abgerufen am 29. Juli 2016 von <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/37/27/2129>
- Fetz, B. (2016). <https://www.tirol.gv.at>. Abgerufen am 20. Jänner 2017 von https://www.tirol.gv.at/fileadmin/themen/gesellschaft-soziales/soziales/Sonstiges/Pflegesymposium/Integrierte_Betreuung_von_Patienten_mit_Herzinsuffizienz_am_Beispiel_von_HerzMobil_Tirol.pdf
- Fonds gesundes Österreich. (2015). <http://www.fgoe.org>. Abgerufen am 07. März 2015 von http://info.projektguide.fgoe.org/fileadmin/redakteure/downloads/hilfestellungsdownloads/FGOE_Qualitaetskriterien_der_Gesundheitsfoerderung.pdf
- Gareus, Isabel; Abholz, Heinz-Harald;. (2012). Patientenpartizipation in der Hausarztpraxis. In R. Rosenbrock, & S. Hartung, *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Gerlach, F., & Szecsenyi, J. (kein Datum). <https://www.klinikum.uni-heidelberg.de>. Abgerufen am 12. Juni 2016 von https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/medizinische_klinik/Abteilung_2/Sektion_Allgemeinmedizin/publikationen/Veroeffentlichungen/DMP.pdf
- Hajen, L., Paetow, H., & Schumacher, H. (2011). *Gesundheitsökonomie*. Stuttgart: W. Kohlhammer.

- Health Quality Ontario. (2013). *Specialized nursing practice for chronic disease management in the primary-care setting: an evidence-based analysis*. Ontario: Ontario Health Technology Assessment Series.
- Hofmarcher, M. M. (2013). *Das österreichische Gesundheitssystem*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Horvath, I., Haas, S., Knaller, C., & Sax, G. (2010). *Health Impact Assessment Konzept zur Etablierung von HIA in Österreich*. Wien: ÖBIG Österreichisches Institut für Gesundheitswesen.
- Huch, R., & Jürgens, K. D. (2007). *Mensch Körper Krankheit*. München: Urban & Fischer.
- Hurrelmann, K., Klotz, T., & Haisch, J. (2014). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Hans Huber.
- Karavul, B. (2016). <http://www.projektmanagementhandbuch.de>. Abgerufen am 17. Oktober 2016 von <http://www.projektmanagementhandbuch.de/projektplanung/umfeldanalyse/>
- Klemperer, D., & Rosenwirth, M. (2005). *Shared Decision Making*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Klemperer, David. (2012). Die Bedeutung der Patientenpartizipation für die Krankheitsversorgung. In R. Rosenbrock, & S. Hartung, *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Magistrat der Stadt Wien. (2015). <https://www.wien.gv.at>. Abgerufen am 20. Jänner 2017 von <https://www.wien.gv.at/rk/msg/2015/02/16006.html>
- Naidoo, J., & Wills, J. (2010). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- OÖGKK Forum Gesundheit. (2016). <https://www.ooegkk.at>. Abgerufen am 20. Jänner 2017 von <https://www.ooegkk.at/portal27/ooegkkportal/content/contentWindow?conte>

ntid=10007.775356&viewmode=content&portal:componentId=gtnd695e634-9e5b-4c5d-a50f-439b088d8537

Powell, L., Calvin Jr., J., Mendes de Leon, C., Richardson, D., Grady, K., Flynn, K., . . . Eaton, C. (2008). *The Heart Failure Adherence and Retention Trial (HART): Design and Rationale*. Maryland: National Institutes of Health (NIH).

Quint-Essenz Gesundheitsförderung Schweiz. (2012). *www.quint-essenz.ch*. Abgerufen am 11. April 2017 von https://www.quint-essenz.ch/de/topics/1200?section_id=6

Sator, M., Nowak, P., & Menz, F. (2015). *Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.

Schrijvers, G. (2009). Disease management: a proposal for a new definition. *International Journal of Integrated Care*, S. 2.

Schwartz, F., Walter, U., Siegrist, J., Kolip, P., Leidl, R., Dierks, M., . . . Schneider, N. (2012). *Public Health Gesundheit und Gesundheitswesen*. München: Urban & Fischer.

Singh, D. (2008). <http://www.euro.who.int>. Abgerufen am 12. Juni 2016 von http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/76429/E93416G.pdf

Sozialversicherungsträger, H. d. (2014). *www.hauptverband.at*. Abgerufen am 13. 02 2016 von <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.693732&action=2>

Sozialversicherungsträger, H. d. (2016). *Handbuch der österreichischen Sozialversicherung*. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Sprenger, M. (2016). *Management von chronischen Erkrankungen*. Graz.

Literaturverzeichnis

Wendt, W. R. (2001). *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen - eine Einführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Wilbacher, I. (2016). *Strukturierte telefonische Unterstützung (structured telephone support, STS) als Telemonitoring Interventionen, bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz*. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

WONCA_EUROPE. (2002). *Die europäische Definition der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin*. Barcelona: WHO-Europabüro.