

Gesundheitskiosk, Gesundheitsdreh-scheibe und ähnliche Modellprojekte. Fachliche Grundlagen für eine Umsetzung in Österreich

Wissenschaftlicher Bericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Gesundheitskiosk, Gesundheitsdreh-scheibe und ähnliche Modellprojekte. Fachliche Grundlagen für eine Umsetzung in Österreich

Wissenschaftlicher Bericht

Autorinnen und Autoren:

Jennifer Antosik
Linda Eberle
Peter Nowak
Sarah Burgmann
Petra Plunger
Elisabeth Rappold
Gerlinde Rohrauer-Näf
Daniela Rojatz
Marion Weigl
Nadine Zillmann

Unter Mitarbeit von:

Elisabeth Banyai

Fachliche Begleitung:

Christina Dietscher

Projektassistenz:

Doris Gabmaier-Rössler

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

Wien, im Dezember 2023

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Antosik, Jennifer; Eberle, Linda; Nowak, Peter; Burgmann, Sarah; Plunger, Petra; Rappold, Elisabeth; Rohrauer-Näf, Gerlinde; Rojatz, Daniela; Weigl, Marion; Zillmann, Nadine (2023): Gesundheitskiosk, Gesundheitsdrehscheibe und ähnliche Modellprojekte. Fachliche Grundlagen für eine Umsetzung in Österreich. Wissenschaftlicher Bericht. Gesundheit Österreich, Wien

ZI. P6/24/5512

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

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“, bei Unterzielen 3.4. und 3.8.

Der Umwelt zuliebe:

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

Kurzfassung

Hintergrund und Ausgangslage

International stehen viele Länder vor der Herausforderung der zunehmenden Fragmentierung des Gesundheits-, Sozial- und Pflegesystems, welche zu einer unzureichenden Kontinuität und Koordination der Versorgung führt und insbesondere vulnerablen Gruppen mit komplexen Bedürfnissen den Zugang zu und die Navigation in diesen Systemen erschwert. Dienstleistungen werden vielfach auf bestehenden strukturellen, rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen aufgebaut, was die lückenlose und kontinuierliche Versorgung sowohl innerhalb der Systeme als auch zwischen den Sektoren erschweren kann. Auch das österreichische Gesundheitssystem gilt aufgrund der vorherrschenden Kompetenzverteilung und Finanzstruktur als komplex und fragmentiert. Die Undurchlässigkeit zwischen den diversen „Versorgungssilos“ führt in der Bevölkerung zu mangelnder Orientierung und schlechter Navigation. Dies bedingt wiederum eine erschwerte Zugänglichkeit zu notwendigen Leistungen und lange, unnötige Patientenwege und führt dazu, dass mögliche gesunde Lebensjahre nicht erreicht werden und unnötige Kosten entstehen.

Dieser Problematik widmen sich bereits mehrere Projekte und Initiativen in Österreich, die derzeit in Umsetzung sind. Obwohl ähnliche Zielsetzungen verfolgt werden, unterscheiden sie sich dennoch sowohl strukturell als auch bezüglich der inhaltlichen Ausrichtung. Vor diesem Hintergrund der Vielfältigkeit und Unterschiedlichkeit der bestehenden Initiativen wird hiermit eine erste Status-quo-Analyse in Österreich vorgelegt mit dem Ziel, integrierte, sektorenübergreifende Vermittlungs- und Vernetzungsstrukturen zu identifizieren, zu analysieren und erste Empfehlungen für ein mögliches Grundmodell und nächste Schritte in Österreich zu skizzieren.

Methoden

Das Projekt wurde in zwei Phasen umgesetzt: einer Identifikations- und Recherchephase von zentralen Projekten, Initiativen in Österreich und relevanter Literatur aus dem deutschsprachigen Raum sowie einer Erhebungs- und Analysephase.

Die Identifikations- und Recherchephase startete mit der Zusammenstellung eines abteilungs- und disziplinübergreifenden Teams an der GÖG mit unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkten in den Bereichen gesundheitsorientierte Primärversorgung, Gesundheitsförderung, Pflege und kommunale Nahversorgung. Durch das breit aufgestellte Team wurden ein großer Erfahrungsschatz, umfassende Kenntnisse und langjährige Einblicke in die Versorgungslandschaft eingebracht, die für die Identifizierung und Analyse relevanter Projekte und grauer Literatur wesentlich waren. Neben Empfehlungen der Expertinnen und Experten zu Literatur und Beispielen guter Praxis wurde eine unsystematische Literatur- und Internetrecherche durchgeführt, um sowohl wissenschaftliche als auch graue Literatur zu Praxisprojekten zu identifizieren.

Ein Analyseraster, das die wesentlichen Studienfragen und zentralen umsetzungsrelevanten Kategorien abbildet, wurde entwickelt und als Inhaltsstruktur dem Ergebniskapitel zugrunde gelegt.

Das Analyseraster lehnt sich an das SELFIE Framework an, welches darauf abzielt, verschiedene Aspekte der integrierten Versorgung zu strukturieren und zu evaluieren. Der Interviewleitfaden für die semistrukturierten qualitativen Interviews mit den Initiativen wurde daraus entwickelt. Für die Interviews wurden zwölf österreichische Projekte und Initiativen ausgewählt, die sowohl in der Konzeption als auch in der Umsetzung relevanter Modelle guter Praxis tätig waren. Die Projektauswahl erfolgte mit dem Ziel, ein möglichst breites Spektrum von Modellen und deren Erfahrungen und Perspektiven zu erfassen; es besteht jedoch kein Anspruch auf eine vollständige Abbildung der Projekte und Initiativen in Österreich.

Ergebnisse

Wie schon im Passus zur Ausgangslage beschrieben, zeigen auch die Interviews, dass eine sektorübergreifende, an einem ganzheitlichen, umfassenden Gesundheitsverständnis orientierte, integrierte Gesundheitsversorgung in Österreich bisher nur vereinzelt umgesetzt wird. Als Zielsetzungen werden daher von den Initiativen auch eine verbesserte Navigation und Beratung der Bevölkerung sowie eine verbesserte Vernetzung der regionalen Angebote genannt. Die Gesamtbevölkerung wird von allen Initiativen angesprochen, die einzelnen Initiativen konzentrieren sich jedoch je nach regionaler Situation auch auf spezifische Zielgruppen, die zum Teil auch schwer erreichbar sind. Das Aufgabenspektrum der unterschiedlichen Initiativen ist meist breit, im Kern enthält es aber individuelle Information und Beratung sowie Netzwerkmanagement und -entwicklung in Hinblick auf die regionalen Angebote. Die dafür aufgebauten Teams variieren in der Größe und der Repräsentanz der Berufsgruppen sehr. Bei den meisten Initiativen arbeiten multiprofessionelle Teams, die zum Teil auch neue Berufsrollen entwickelt haben. Die Arbeit wird dokumentiert, geeignete Standards und technische Lösungen stehen jedoch nicht zur Verfügung. Die Finanzierung der Initiativen ist zumeist zeitlich beschränkt, instabil, prekär und erfolgt über mehrere Finanzträger, sodass viele Ressourcen in die Ressourcenbeschaffung fließen. Die Frage der Finanzierung wird daher auch als eine der wesentlichen Herausforderungen angesehen. Aber auch die Gewinnung von qualifiziertem Personal, unklare Zuständigkeiten und die aufwendige Abstimmungsarbeit im regionalen Angebotsnetzwerk werden als herausfordernd eingeschätzt. Vielfältige Entwicklungsperspektiven werden in Hinblick auf einen qualitativen und quantitativen Ausbau der Angebote sowie auf Zielgruppen und auf Niederschwelligkeit beschrieben. Eine verbesserte Integration der regionalen Angebote, stärkere Multiprofessionalität und ein Ausbau von Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten werden als Perspektiven genannt, die aber auch entsprechende finanzielle Ressourcen benötigen.

Empfehlungen (Rahmenskizze)

Die bestehenden Umsetzungserfahrungen sind vielversprechend genug, dass die breite Entwicklung und Umsetzung eines für Österreich neuen und flächendeckend benötigten Angebotstyps „Gesundheitskiosk, -drehscheibe, -büro“ auch als Reformschritt im Rahmen der soeben beschlossenen Gesundheitsreform eingebracht werden sollte. Insbesondere die in den beiden neuen 15a-Vereinbarungen angesprochenen Ansätze zur verbesserten Patientennavigation, integrierten Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz können über dieses Angebot wesentlich unterstützt werden. Zwei Kernleistungen des Angebots werden empfohlen: 1. individuelle Beratung (und

Begleitung) zum Auffinden des besten Angebots für ein individuelles gesundheitliches, pflegerisches und/oder soziales Anliegen, 2. regionale Koordination und Entwicklung der Angebote medizinischer Versorgung, Prävention, Gesundheitsförderung, Pflege bis zu sozialen Unterstützungsangeboten inklusive ehrenamtlicher Laienunterstützung. Für dieses Angebot sollte keine neue Struktur aufgebaut werden, sondern es sollte in regional unterschiedlich bestehende Strukturen eingebaut werden. Weiters werden Empfehlungen zur qualitativen Ausgestaltung und zu notwendigen Rahmenbedingungen gegeben. Abschließend werden drei weitere Umsetzungsschritte bzw. Folgeprojekte empfohlen und kurz skizziert: 1) ein direktes Folgeprojekt zur Erarbeitung der fachlichen Grundlagen, 2) ein partizipativ gestalteter Fördercall für Pilotprojekte und 3) die Einrichtung einer Austauschplattform für bestehende Praxisprojekte.

Schlüsselwörter

Integrierte Versorgung, Patientennavigation, Gesundheitskompetenz, Best Point of Service

Summary

Background and initial situation

Internationally, many countries face the challenge of increasingly fragmented health, social and care systems, leading to insufficient continuity and coordination of care and making it difficult to access and navigate within these systems, particularly for vulnerable groups with complex needs. Services are often built on existing structural, legal, and financial frameworks, which can make it difficult to provide seamless and continuous care both within and between sectors. The Austrian healthcare system is also considered complex and fragmented due to the prevailing distribution of competences and financial structure. The impermeability between the various “care silos” leads to a lack of orientation and poor navigation for the population. This in turn results in difficult access to necessary services and long, unnecessary patient paths and leads to potential healthy life years not being achieved and unnecessary costs being incurred.

Several projects and initiatives currently being implemented in Austria have already addressed this problem. These differ both structurally and in terms of content, although they pursue similar objectives. Against this background of the diversity and variety of existing initiatives, an initial status quo analysis in Austria is presented here with the aim of identifying and analysing integrated, cross-sectoral referral and networking structures and outlining initial recommendations for a possible basic model and next steps in Austria.

Methods

The project was realised in two phases – an identification and search phase of central projects, initiatives in Austria and relevant literature from German-speaking countries and a compilation and analysis phase.

The identification and search phase began with the formation of a cross-departmental and cross-disciplinary team at the GÖG with different areas of specialisation in the fields of health-oriented primary care, health promotion, nursing, and local community care. The broad-based team contributed a wealth of experience and extensive knowledge and years of insights into the Austrian healthcare landscape, which were essential for identifying and analysing relevant projects and grey literature. In addition to recommendations from the experts on literature and examples of good practice, a non-systematic literature and internet search was carried out to identify both scientific and grey literature on practical projects. An analysis grid was developed that maps the key study questions and central implementation-relevant categories. This was used as the content structure for the results chapter. The analysis grid is based on the SELFIE framework, which aims to structure and evaluate various aspects of integrated care. The interview guidelines for the semi-structured, qualitative interviews with representatives of the initiatives were developed from this. For the interviews, 12 Austrian projects and initiatives were selected that were active in the conceptualisation as well as in the implementation of relevant models of good practice. The projects were selected with the aim of capturing as broad a spectrum of models and their experiences and

perspectives as possible, but without claiming to provide a complete picture of the projects and initiatives in Austria.

Results

As already described in the section on the initial situation, the interviews also show that cross-sectoral, integrated healthcare based on a holistic, comprehensive understanding of health has only been implemented in Austria in isolated cases so far. The initiatives therefore also mention improved navigation and counselling of the population as well as improved networking of regional services as objectives. The population as a whole is addressed by all initiatives, but depending on the regional situation, the various initiatives also focus on specific target groups, some of which are difficult to reach. The range of tasks of the various initiatives is usually broad, but essentially includes individual information and counselling as well as network management and development between the local services. The teams set up for this purpose vary greatly in size and professional composition. Most initiatives have multi-professional teams, some of which have also developed new professional roles. The work is documented, but suitable standards and technical solutions are not available. Funding for the initiatives is usually limited in time, unstable, precarious and from several funding bodies, meaning that a lot of resources are channelled into procuring financial resources. Funding is therefore also seen as one of the main challenges. However, the recruitment of qualified staff, unclear responsibilities, and the time-consuming coordination work in the regional network of services are also seen as challenging. A wide range of development perspectives are described with regard to the qualitative and quantitative expansion of services, target groups and easy access to services. Improved integration of regional services, greater multi-professionalism and expansion of health promotion and prevention services are mentioned as prospects, but these also require corresponding financial resources.

Recommendations

The existing implementation experience is promising enough that the broad development and implementation of a new type of “health kiosk, hub or office” that is needed throughout Austria should also be included as a reform step in the health reform that has just been passed. In particular, the approaches addressed in the two new 15a agreements for improved patient navigation, integrated health promotion and health literacy can be significantly supported by this service. Two core services of the offer are recommended: 1. individual counselling (and support) to find the best offer for an individual health, care and/or social issue, 2. regional coordination and development of services from medical care, prevention, health promotion, care to social support services, including voluntary lay support. No new structure is to be set up for these services, but they are to be integrated into existing regional structures. Recommendations are also made on the qualitative design and necessary framework conditions. Finally, three further implementation steps or follow-up projects are recommended and briefly outlined: 1) a direct follow-up project to develop the technical basis, 2) a participatory funding call for pilot projects and 3) the establishment of an exchange platform for existing projects and initiatives.

Keywords

Integrated care, patient navigation, health literacy, best point of service

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary	VI
Tabellen	XI
Abkürzungen.....	XII
1 Einleitung	1
2 Hintergrund und Ausgangslage.....	2
2.1 Fehlende Orientierung und schlechte Navigation der Bevölkerung.....	2
2.2 Unzureichend integriertes und unzureichend personenzentriertes Versorgungssystem	4
2.3 Erste Lösungsansätze.....	4
2.4 Blick nach Deutschland	5
2.5 Vorreiterbeispiele aus Österreich.....	6
3 Methodik.....	8
3.1 Einzelinterviews	8
3.2 Auswertung	9
3.3 Limitationen	10
4 Ergebnisse der Status-quo-Analyse.....	11
4.1 Wesentliche Problemstellungen in Österreich.....	11
4.2 Zielsetzungen	12
4.3 Zielgruppen	12
4.4 Aufgabenspektrum	13
4.5 Teamzusammensetzung	13
4.6 Dokumentation und Rechenschaftspflicht.....	14
4.7 Finanzierung und Organisationsform	14
4.8 Zentrale Herausforderungen für die Umsetzung	15
4.9 Entwicklungsperspektiven der Initiativen	15
4.10 Anschlüsse an bestehende Initiativen und Reformvorhaben	16
5 Erste Empfehlungen und Schlussfolgerungen (Rahmenskizze)	17
5.1 Kernleistungen	17
5.2 Organisatorische Anbindung.....	20
5.3 Qualitative Ausgestaltung	21
5.4 Notwendige Rahmenbedingungen	21
5.5 Empfehlungen für nächste Schritte	22
Literatur	24
Anhang A: Interviewleitfaden	27
Einzelinterviews Umsetzer:innen	27
1. Einleitung	27

2.	Allgemeine Angaben zu Initiative/Projekt/Netzwerk	27
3.	Interviewfragen – Einzelinterviews	28
Anhang B: Tabellarischer Überblick über die analysierten Modelle		31

Tabellen

Tabelle 1: Angaben zu Projekt und Interviewpartner:in	28
Tabelle 2: Übersicht über die Initiativen 1–6.....	31
Tabelle 3: Übersicht über die Initiativen 7–11	34

Abkürzungen

BKS	Bosnisch/Kroatisch/Serbisch
bzw.	beziehungsweise
CN	Community Nurse
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
EU	Europäische Union
GF	Gesundheitsförderung
GK	Gesundheitskompetenz
GM	Gendermedizin
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
IP	Interviewpartner:in
LW	Link Working
MA	Mitarbeiter:innen
PV	Primärversorgung
PVE	Primärversorgungseinheit(en)
SP	Social Prescribing
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)

1 Einleitung

Unterschiedliche Studien zeigen auf, dass ein großer Teil der österreichischen Bevölkerung Schwierigkeiten hat, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden (Griebler et al. 2022). Die Angebote sind einerseits nicht bekannt, andererseits ist nicht klar, welches Angebot für welches Anliegen in Anspruch genommen werden kann. Vor allem vulnerable Personengruppen wie beispielsweise Personen mit chronischen Erkrankungen oder Menschen, die sozial und ökonomisch benachteiligt sind, erleben Gesundheitsdienstleistungen als schwer zugänglich und sind mit besonderen Herausforderungen bei der Orientierung im Gesundheitssystem konfrontiert.

Daraus abgeleitet besteht hoher Bedarf an Beratungsangeboten für die Orientierung im Gesundheitssystem und den angrenzenden Bereichen des Sozial- und Pflegesystems. Die Verbesserung der Gesundheitskompetenz kombiniert mit Angeboten zur Stärkung der kommunalen Gesundheitsförderung, des sozialen Zusammenhalts sowie des bürgerschaftlichen Engagements ist daher bereits jetzt Anliegen mehrerer Initiativen in Österreich. Diese Projekte und Initiativen unterscheiden sich sowohl strukturell als auch bezüglich der inhaltlichen Ausrichtung, obwohl ähnliche Zielsetzungen verfolgt werden. Diese sind unter anderen:

- » Ausbau der (gesundheitsorientierten) Primärversorgung
- » Caring Communities
- » Community Nursing
- » diverse Gesundheitsprojekte für Menschen mit Migrationshintergrund
- » Frühe Hilfen
- » Gesunde Gemeinden/Städte
- » Modellregion für Gesundheitskompetenz
- » Präventionspfad (Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol)
- » Social Prescribing

Es liegt derzeit aber kein übergreifendes Gesamtkonzept zu Zusammenwirken, Koordination, Vernetzung, Erfahrungsaustausch und Auswertung der Lernerfahrungen dieser Initiativen und Projekte (auf strategischer und operativer Ebene) vor, das der Qualitätssicherung und breitenwirksamen Umsetzung dienen könnte. Das gegenseitige Lernen dieser Programme wird auf operativer Ebene u. a. durch sehr unterschiedliche Trägerschaften sowie unklare bzw. nicht definierte öffentliche Zuständigkeiten an den Schnittstellen zwischen Gesundheits-, Pflege- und Sozialsystem, Gemeinde und kommunaler Gesundheitsförderung und weiteren Angeboten erschwert.

Im Rahmen des vorliegenden Projekts werden daher unter Einbezug von Literatur und der unterschiedlichen Expertisen an der Gesundheit Österreich GmbH aus den Erfahrungen von bereits laufenden Initiativen und Projekten Empfehlungen für zukünftige Beratungs-, Vermittlungs- und Koordinationsstrukturen auf regionaler Ebene erarbeitet.

2 Hintergrund und Ausgangslage

International stehen viele Länder vor der Herausforderung der zunehmenden Fragmentierung des Gesundheits-, Sozial- und Pflegesystems, welche zu einer unzureichenden Kontinuität und Koordination der Versorgung führt und insbesondere vulnerablen Gruppen mit komplexen Bedürfnissen den Zugang zu und die Navigation in diesen Systemen erschwert. Dienstleistungen werden vielfach auf bestehenden strukturellen, rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen aufgebaut, was die lückenlose und kontinuierliche Versorgung sowohl innerhalb der Systeme als auch zwischen den Sektoren erschweren kann (Glasby et al. 2006; WHO 2015; WHO 2016). Auch das österreichische Gesundheitssystem gilt aufgrund der vorherrschenden Kompetenzverteilung und Finanzstruktur als komplex und fragmentiert. Die zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung geteilte Zuständigkeit im Gesundheitswesen führt zu Herausforderungen im Zusammenwirken von Angeboten der Krankenversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung, welche aus unterschiedlichen Töpfen finanziert und gesteuert werden, was die Koordination zwischen den Sektoren erschwert. Darüber hinaus wird der Sozialbereich, dem auch die Langzeitpflege zuzuordnen ist, sowohl bezüglich der Gesetzgebung als auch bezüglich der Verantwortlichkeiten und Finanzierung getrennt von Gesundheitssystem gesteuert (Bachner 2018). Geht es um Kinder und Jugendliche, spielen auch weitere Bereiche (Familie, Bildung) und deren Strukturen bzw. Zuständigkeiten eine wichtige Rolle.

2.1 Fehlende Orientierung und schlechte Navigation der Bevölkerung

Unterschiedliche Quellen wie der HLS-Survey, die Outcome-Messung im Gesundheitssystem, das Monitoring der Gesundheitsziele Österreich u. ä. legen nahe, dass die Undurchlässigkeit zwischen den „Silos“ Gesundheitsversorgung inkl. Gesundheitsförderung und Prävention sowie Pflege/Soziales zu einer fehlenden Orientierung und schlechten Navigation der Bevölkerung führen. Dies bedingt wiederum die teils schwierige Zugänglichkeit zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsleistungen und führt dazu, dass mögliche gesunde Lebensjahre nicht erreicht werden.

Der Fokus auf krankenhausbasierte, krankheitsfokussierte und isolierte „Silo-Modelle“ zur kurativen Versorgung beeinflusst die Fähigkeit von Gesundheitssystemen, eine universelle, gerechte, qualitativ hochwertige und finanziell nachhaltige Versorgung anzubieten. Verstärkend kommt hinzu, dass bestehende Finanzierungslogiken nur begrenzte Anreize liefern, dass Gesundheitsdiensteanbieter:innen personenzentrierte und individuelle Versorgung anbieten. Rechenschaftspflicht besteht meist gegenüber den finanzierenden Stellen und nicht gegenüber den betreuten und behandelten Personen (WHO 2015). Ebenso fehlt in Österreich eine klare Zuständigkeit für eine (sektoren-)übergreifende Koordination von Angeboten und Navigationshilfen für die Bevölkerung. Der hausärztliche Bereich hat eine zentrale Lotsenfunktion inne. Die Bedarfslagen können damit jedoch nicht zur Gänze abgedeckt werden, insbesondere weil frühzeitige, niederschwellige, gesundheitsfördernde und präventive Angebote fehlen bzw. nicht aufgefunden werden. Ebenso

ist eine übergeordnete Strategie zur Aushandlung von Zuständigkeiten und zum Zusammenwirken koordinativer Angebote derzeit nicht vorhanden.

Die **Gesundheitskompetenz** – das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im Alltag anzuwenden – korreliert mit dem Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen. Die Österreichische Gesundheitskompetenz-Erhebung (HLS₁₉-AT) zeigt eine leichte Verbesserung in der allgemeinen Gesundheitskompetenz im letzten Jahrzehnt, wobei rund 53 Prozent der Bevölkerung eine ausreichende bis exzellente Gesundheitskompetenz aufweisen (Griebler et al. 2021b). Es wird vermutet, dass das nach wie vor relativ geringe Gesundheitskompetenzniveau in Österreich mit sozioökonomischen Aspekten des Gesundheitssystems zusammenhängt und eine große Verantwortung bei der Suche und dem Management von Informationen und Leistungen bei den Betroffenen selbst liegt (Dietscher/Nowak 2022). Gesundheitskompetenz wird als relationales Konzept verstanden, das sowohl von persönlichen Fähigkeiten als auch von äußeren Umständen und der Komplexität beeinflusst wird. Gesundheitskompetente Organisationen können hier ansetzen und Verbesserungen in den organisationalen Rahmenbedingungen bewirken (Griebler et al. 2021a; Sørensen et al. 2012).

Einen hohen Bedarf an Navigationsunterstützung zeigen insbesondere die Ergebnisse der Gesundheitskompetenzbefragung (HLS₁₉-AT) zur Navigationskompetenz. Navigationskompetenz, also die Fähigkeit zur Orientierung im Gesundheitssystem, wird als spezieller Bereich der Gesundheitskompetenz verstanden. „Navigationskompetenz bezieht sich auf die Fähigkeit, sich ohne Probleme und Umwege im Gesundheitssystem zurechtzufinden, um die richtige Versorgung zur richtigen Zeit am richtigen Ort aufsuchen zu können.“ (Griebler et al. 2022, 1). Circa **33 Prozent der Bevölkerung haben Schwierigkeiten mit der Orientierung im Gesundheitssystem**. Große Schwierigkeiten treten u. a. auf, wenn es darum geht, herauszufinden, welche Unterstützungsmöglichkeiten es gibt (rund 39 % beurteilen dies als schwierig) und in einer Gesundheitseinrichtung die richtige Ansprechperson zu finden (für 36 % schwierig) (Griebler et al. 2022). Selbsthilfegruppen und ehrenamtliche Initiativen docken hier mancherorts an und etablieren Orientierungshilfen an Stellen, an denen das derzeitige System keine entsprechenden Hilfestellungen bietet.

Ebenso zeigte sich im Rahmen der Sektorenübergreifenden Patientenbefragung 2022, dass sich 81 Prozent der Patientinnen und Patienten, die im Anschluss an einen stationären Aufenthalt ambulant behandelt wurden, eine **professionelle Ansprechperson für die Koordination der Behandlung und Betreuung** wünschen (BMSGPK 2023a; BMSGPK 2023b). Hierzu wird in manchen Bundesländern ein Case und Care Management etabliert bzw. ausgebaut. Ein flächendeckend einheitliches Angebot, das sowohl für medizinische, gesundheitliche und soziale als auch für pflegerische Angelegenheiten in Anspruch genommen werden kann, gibt es im niedergelassenen Bereich nicht. Für die intersektorale Vermittlung von Unterstützungsleistungen existieren einige wenige Ansätze (Frühe Hilfen, Social Prescribing, Community Nursing).

2.2 Unzureichend integriertes und unzureichend personenzentriertes Versorgungssystem

Die Entwicklung von integrierten, personenzentrierten Gesundheitsversorgungssystemen hat das Potenzial, Verbesserungen für Gesundheit und Gesundheitsversorgung aller Menschen zu generieren. Dazu gehören laut WHO verbesserte Zugangsmöglichkeiten zur Versorgung, bessere Gesundheit und klinische Ergebnisse, höhere Gesundheitskompetenz und Selbstpflege, gesteigerte Zufriedenheit mit der Versorgung, verbesserte Arbeitszufriedenheit im System, Effizienzsteigerung der Dienstleistungen und insgesamt niedrigere Kosten. In der **„global strategy on integrated people-centred care“** werden fünf ineinandergreifende strategische Ziele vorgeschlagen. Um die Gesundheitsdienstleistungen integrativer und am Menschen orientierter zu gestalten, wird u. a. das Ziel der Koordination von Dienstleistungen verfolgt. Das umfasst die Koordination von Leistungen für Individuen, die Koordination von Gesundheitsprogrammen und -anbietern und die sektorenübergreifende Koordination.

Die Koordination von Dienstleistungen ist keine einzelne Aktivität, sondern beinhaltet eine Vielzahl an Strategien, die zu einer besseren Kontinuität der Versorgung, mehr Bedarfsgerechtigkeit und einer Entlastung der Angebote durch den Abbau von Doppelgleisigkeiten bzw. unnötigen Inanspruchnahmen beitragen. Diese Koordination soll auf die Bedürfnisse und Vorlieben der Menschen auf jeder Versorgungsebene ausgerichtet sein und zielt auf die Integration verschiedener Gesundheitsdienstleistungen und die Schaffung effektiver Netzwerke zwischen dem Gesundheitswesen und anderen Sektoren ab. Dies erfordert nicht zwangsläufig das Zusammenführen unterschiedlicher Strukturen oder Dienstleistungen, sondern konzentriert sich vielmehr auf die Verbesserung der Versorgung durch die Abstimmung und Harmonisierung der Prozesse der verschiedenen Dienstleistungen (WHO 2015). Der Bedarf an einer besseren Koordination wurde in der Primärversorgung erkannt. So übernehmen Primärversorgungseinheiten eine Lotsenfunktion für ihre Patientinnen und Patienten (BMSGPK 2021b).

2.3 Erste Lösungsansätze

Generell wird ein Ansatz favorisiert, der sowohl personenzentriert ist als auch spezielle Bedürfnisse bestimmter Zielgruppen berücksichtigt, um integrierte Versorgungsstrukturen zu stärken. Bevölkerungsgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz benötigen hierbei besondere Angebote. Zu den Personengruppen mit geringerer Gesundheitskompetenz gehören Menschen in finanziell prekären Situationen, Arbeitssuchende, Personen mit niedrigem Bildungsniveau sowie Personen mit chronischen Erkrankungen und langwierigen Gesundheitsproblemen (Griebler et al. 2021b). Aber auch Gruppen wie sozial benachteiligte Familien, Alleinerziehende, Menschen mit Migrationserfahrung sowie ältere Menschen haben teilweise spezielle Gesundheits- und Informationsbedürfnisse, die es zu berücksichtigen gilt (Weigl et al. 2021; Zschorlich et al. 2023). Für diese Gruppen ist persönlicher Kontakt von hoher Bedeutung, eine rein digitale Lösung ist für den Informationsbedarf nicht immer ausreichend. Der Kommunikationsbedarf über Gesundheits- und Krankheitsthemen ist hoch und kann vermutlich nicht durch Ärztinnen und Ärzte allein gedeckt werden (Zschorlich et al. 2023). Nicht nur für Menschen mit Migrationserfahrung und

Sprachbarrieren spielen Verwandte und Bekannte, aber auch Hausärztinnen und Hausärzte eine zentrale Rolle bei der Informationsvermittlung. Um den Informationsbedarf dieser Personengruppen zu decken, werden niederschwellige Anlaufstellen zur Orientierung im Gesundheitssystem empfohlen. Unter „niederschwellig“ werden Anlaufstellen verstanden, die gut erreichbar, zentral gelegen und ohne Termin aufgesucht werden können und zum Beispiel wohnortnah im Bezirk angesiedelt sind. Auch aufsuchende Leistungen durch sogenannte Gesundheitslotsinnen und -lotsen, die bei der Vermittlung von Gesundheitsinformationen unterstützen, werden als zielführend erachtet (Weigl et al. 2021).

Zahlreiche weitere nationale Analysen empfehlen die **Einführung von Navigationshilfen und niederschweligen Vermittlungs- und Beratungsangeboten** wie zum Beispiel von Gesundheitslotsinnen und -lotsen oder dem Gesundheitskiosk ähnlichen Strukturen, **die lokale Koordination** und Verstärkung von Initiativen zu Stärkung der Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung in der Primärversorgung, Community Nurses, Frühe Hilfen, Social Prescribing sowie die **Entwicklung von gemeinwesenorientierten Angeboten** im Sinne von Caring Communities oder Community-Oriented Primary Care (BMSGPK 2021a; Griebler et al. 2022; Huter 2020; Nowak et al. 2023; Rappold et al. 2021; Weigl et al. 2019; Weigl et al. 2021).

International und in Einzelinitiativen in Österreich wird bereits der Auf- und Ausbau solcher vernetzender und vernetzender regionaler (kommunaler) Strukturen forciert.

2.4 Blick nach Deutschland

In Deutschland wird seit 2022 mit der Implementierung von 1.000 geplanten Gesundheitskiosken eine ähnliche Strategie verfolgt und eine neue Versorgungsform in sozial/ökonomisch benachteiligten Regionen eingeführt. Die von Kommunen zu initiierten Gesundheitskioske fungieren als Beratungsstelle, sollen Zugang zur Versorgung gewährleisten und die Koordination verbessern sowie Gesundheitskompetenz fördern. Das Aufgabenspektrum reicht von Vermittlung, Beratung und Koordinierung über Unterstützung und Netzwerkarbeit hin zur Durchführung einfacher medizinischer Routineaufgaben. Das Personal des Gesundheitskiosks besteht derzeit vorrangig aus Pflegefachkräften. Diese vermitteln Leistungen der medizinischen Behandlung, Prävention und Gesundheitsförderung, bieten allgemeine Beratungs- und Unterstützungsleistungen zur medizinischen und sozialen Bedarfsermittlung, koordinieren erforderliche Gesundheitsleistungen und leiten zu deren Inanspruchnahme an, unterstützen bei der Klärung gesundheitlicher und sozialer Angelegenheiten, pflegen sektorenübergreifende Netzwerke und führen einfache medizinische Routineaufgaben wie z. B. Blutdruck- und Blutzuckermessungen, Verbandswechsel, Wundversorgung und subkutane Injektionen – veranlasst von Ärztinnen und Ärzten – durch (Bundesgesundheitsministerium 2022).

Der Gesundheitskiosk in Hamburg Billstedt/Horn wird häufig als Beispiel guter Praxis genannt. Er basiert auf internationalen Vorbildern, wie dem finnischen Modell des „Terveyskiosk“ oder der „Retail Clinics“ in den USA. Für Billstedt, Horn und Steilshoop stellt der Gesundheitskiosk **„eine populationsorientierte, niedrigschwellige und unterstützende Stadtteilinstitution“** dar. Die

Leistungen des Gesundheitskiosks können dabei von allen Bewohnerinnen und Bewohnern in Anspruch genommen werden. Auf der Systemebene fungiert der Gesundheitskiosk als organisatorische Schnittstelle zwischen der medizinischen Versorgung und dem Sozialraum sowie als regionale Institution, die Gesundheitswissen vermitteln kann. Der Gesundheitskiosk stellt eine zentrale Anlaufstelle für alle regionalen Leistungserbringer:innen und sozialen Einrichtungen dar. Die Interventionsfelder werden als Gesundheitsnetzwerk, Gesundheitskiosk, als Point of Care sowie als Implementierung von Behandlungs- bzw. Versorgungspfaden zusammengefasst. Die Ergebnisse der Evaluation zeigen eine hohe Zufriedenheit der Nutzer:innen (80 %), einen verbesserten Zugang zur Gesundheitsversorgung und eine verbesserte Vernetzung der Akteure in der Region. Durch eine ärztliche Überweisung zum Gesundheitskiosk (Social Prescribing) wurde die Nutzerintensität deutlich gesteigert (Wild et al. 2022).

Sozialraumorientierte Quartiersarbeit hat in der Sozialen Arbeit eine lange Tradition, in Deutschland werden Projekte seit den 1990er-Jahren verstärkt umgesetzt, in Österreich werden insbesondere Projekte in der Stadt Graz bzw. in der Steiermark häufig als Vorreiter beschrieben. Finanzierungsformen in Form eines Sozialraum- oder Einrichtungsbudgets werden dabei erprobt, da durch die Abkehr von fallabhängigen Finanzierungsformen Potenzial gesehen wird, eine räumliche und präventive Öffnung der Leistungserbringer sowie systemische Arbeit zu ermöglichen (Hinte/Fürst 2020).

2.5 Vorreiterbeispiele aus Österreich

Derzeit gibt es in Österreich erste Initiativen und NGOs, die eine vermittelnde und vernetzende Funktion übernehmen und dadurch die angesprochenen Defizite in den Systemen kompensieren wollen und damit Umsetzungsformen von dem Gesundheitskiosk ähnlichen Strukturen etablieren. Trotz ähnlicher Ziele unterscheidet sich der inhaltliche Fokus dabei stark.

Vorreiter in diesem Bereich ist das **SMZ Liebenau**, das als eines der ersten Primärversorgungsmodelle in Österreich seit 1984 Gesundheit und Soziales in einer Einrichtung verbindet und darauf abzielt, gesundheitliche und soziale Chancengerechtigkeit zu fördern. Die Initiative verfolgt die Grundsätze einer kritischen, unabhängigen medizinischen Versorgung, basiert auf natur- und sozialwissenschaftlichen Grundsätzen, unterstützt ein solidarisches Versorgungssystem und betont ein ganzheitliches und umfassendes Gesundheitsverständnis. Ursprünglich in einem sozial benachteiligten Bezirk gegründet, wurde durch das SMZ Liebenau eine neue Versorgungsform etabliert, die multiprofessionell und bevölkerungsorientiert ausgerichtet ist und sowohl zu rechtlichen, sozialen als auch zu medizinischen Themen Beratung, Information und auch Behandlung anbietet sowie Stadtteilgesundheitsprojekte umsetzt. Auch die Organisationsform, die flache Hierarchien aufweist und eine gemeinsame Ausrichtung des Programms forciert, kann nach wie vor als innovativ bezeichnet werden. Die Finanzierungsstruktur ist komplex und von verschiedenen Organisationen und Fördergebern getragen. Eine fehlende Ausfinanzierung integrierter Gesundheitszentren wie des SMZ Liebenau ist für die Entwicklung solcher Angebotsformen hinderlich (Ulinski 2016).

Die anderen in Österreich in Umsetzung befindlichen Initiativen, die eine vermittelnde, beratende und vernetzende Funktion übernehmen, sind häufig zielgruppenspezifisch und settingorientiert ausgerichtet. Die Grundprinzipien der Gesundheitsförderung, insbesondere die Zielgruppen-, Setting- und Determinantenorientierung, ein positives und umfassendes Gesundheitsverständnis, Ressourcenorientierung und Empowerment, gesundheitliche Chancengerechtigkeit, Vernetzung und Partizipation (FGÖ 2021) scheinen in andere traditionell auf Versorgung fokussierte Bereiche Einzug zu halten. In der ärztlichen Versorgung, der Pflege und der Sozialarbeit sind deutliche Bestrebungen sichtbar, die Versorgung eng an spezifischen Bedürfnissen und Ressourcen von Communitys im Sinne von Gemeinschaften, aber auch im Sinne von Gemeindeorientierung auszurichten (Hinte/Fürst 2020; Huter 2020).

Eine Analyse von 21 kommunalen Gesundheitsförderungsprojekten mit Fokus auf gesundes Altern / Caring Communities, die durch den Fonds Gesundes Österreich finanziert wurden, zeigt, dass eines von sechs zentralen Handlungsfeldern dieser Projekte die Vernetzung und Vermittlung von Gesundheitsangeboten ist und dass diese Projekte auch Elemente solcher „Drehscheiben“ abdecken. Projekte, die speziell dem Schwerpunkt „Caring Communities“ zuzurechnen sind, bringen vor allem eine Perspektive auf die Entwicklung und Vernetzung informeller und formeller Sorge ein. Weitere Handlungsfelder sind „Beteiligungs- und Entwicklungsprozesse“, „Bürgerliches Engagement, Sorgenetz“, „Nachbarschaftshilfe, Freiwilligenarbeit“, „Gesundheitsfördernde Lebensräume, Einrichtungen und Unternehmen“, „Angebote zur Gesundheitsförderung und Stärkung der Gesundheitskompetenz“ und Maßnahmen im Bereich „Assessment, Daten, Evaluation“ (Plunger et al. 2023).

Wenngleich unterschiedliche Zielgruppen angesprochen werden, entstehen doch unterschiedliche Initiativen, die in ähnlicher Weise ergänzend zur kurativen Versorgung einen präventiven Ansatz verfolgen, ressourcenorientiert ausgerichtet sind und eine Lotsenfunktion übernehmen. Beispielhaft können hier **Community Nursing, Frühe Hilfen und Social Prescribing** genannt werden (Rojatz 2023). Die Frühen Hilfen stellen insofern eine Besonderheit dar, als hier neben der Lotsenfunktion auch die längerfristige Begleitung inklusive Beziehungsarbeit sowie die Umsetzung in Form von multiprofessionellen Teams Teil des Konzepts und für den Erfolg essenziell sind (Haas/Weigl 2023). Im Bereich der Primärversorgung werden Ansätze der **Community-Oriented Primary Care** verfolgt (Huter 2020). Diese Entwicklung befindet sich in Österreich in den Anfängen. Der (haus-)ärztlichen Rolle wird dabei in einer an Gesundheitsförderung und an der Gemeinde orientierten Primärversorgung ein hoher Stellenwert beigemessen. Dazu wird Zusammenarbeit in multiprofessionelle Teams, interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine strukturelle Anbindung an das Netzwerk „Gesunde Gemeinden“ für eine gemeindeorientierte Primärversorgungspraxis empfohlen. Beispielhaft können hier das Modellprojekt „Kommunale Gesundheitsförderung und Primärversorgung in Haslach an der Mühl“ und das „Gesundheitsnetzwerk Raabtal“ genannt werden, denen ein Brückenschlag zwischen Gesundheitsförderung und multiprofessioneller Primärversorgung gelingt.

Vor dem Hintergrund der Vielfältigkeit und Unterschiedlichkeit der bestehenden Initiativen wird hier eine erste Status-quo-Analyse in Österreich durchgeführt mit dem Ziel, integrierte, sektorenübergreifende Vermittlungs- und Vernetzungsstrukturen zu identifizieren und abgestimmte erste Empfehlungen für ein gemeinsames Grundmodell und nächste Schritte in Österreich zu skizzieren.

3 Methodik

Das Projekt wurde in zwei Phasen umgesetzt: einer Identifikations- und Recherchephase von zentralen Projekten, Initiativen in Österreich und relevanter Literatur aus dem deutschsprachigen Raum sowie einer Erhebungs- und Analysephase.

Die Identifikations- und Recherchephase bestand aus der Zusammenstellung eines abteilungs- und disziplinübergreifenden Teams an der GÖG mit unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkten in den Bereichen gesundheitsorientierte Primärversorgung, Gesundheitsförderung, Pflege und kommunale Nahversorgung. Die Zusammensetzung des Großteams aus Expertinnen und Experten mit umfassender Projekterfahrung spielte eine entscheidende Rolle in der Konzeption und Durchführung dieser Vorstudie. Durch das breit aufgestellte Team wurden ein großer Erfahrungsschatz, umfassende Kenntnisse und langjährige Einblicke in die Versorgungslandschaft eingebracht, die für die Identifizierung und Analyse relevanter Projekte und grauer Literatur wesentlich waren.

Neben Empfehlungen der Expertinnen und Experten zu Literatur und Beispielen guter Praxis wurde eine unsystematische Literatur- und Internetrecherche durchgeführt, um sowohl wissenschaftliche als auch graue Literatur zu Praxisprojekten zu identifizieren.

Auf Basis des Expertenwissens und in Teammeetings wurde zunächst ein Analyseraster entwickelt, das die wesentlichen Studienfragen und zentralen umsetzungsrelevanten Kategorien abbildet. Dieses wurde als Inhaltsstruktur dem Ergebniskapitel (siehe Kapitel 4) zugrunde gelegt. Der Interviewleitfaden (Anhang A: Interviewleitfaden) für die semistrukturierten, qualitativen Interviews wurde daraus entwickelt. Die Leitfadenstruktur repräsentiert somit auch das Analysegerüst.

3.1 Einzelinterviews

Für die Status-quo-Analyse wurden auf Basis der initialen Recherche gezielte Anfragen für Interviews an Personen gestellt, die sowohl in der Konzeption als auch in der Umsetzung relevanter Modelle guter Praxis tätig sind oder waren. Die Projektauswahl erfolgte mit dem Ziel, ein möglichst breites Spektrum von Modellen und deren Erfahrungen und Perspektiven zu erfassen; es besteht jedoch kein Anspruch auf eine vollständige Abbildung der Leistungen in Österreich. Es wurden elf Projekte identifiziert, die für die Analyse relevant erschienen.

Neun Interviews fanden im November und Dezember 2023 statt. Ein Projekt (SMZ Liebenau) konnte nicht erreicht werden, daher wurde dieses traditionsreiche Modell auf Basis der Literatur ergänzt. Von zwei weiteren Projekten (Gemeinden Leonding und Kapfenberg) wurden die Fragen schriftlich beantwortet.

Folgende Projekte übernehmen vermittelnde und vernetzende Funktionen und wurden für Interviews angefragt:

- » FEM Med (Wien): medizinisches Frauengesundheitszentrum, Drehscheibe und Clearingstelle für Gesundheitsfragen von Frauen, insbesondere für Frauen mit Migrationshintergrund, Eröffnung Herbst 2023
- » Modellregion für Gesundheitskompetenz Liezen: nachhaltige Absicherung der Gesundheitsversorgung durch Stärkung der Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz
- » Gemeinde Leonding: Aufbau eines Gesundheitszentrums mit PVE, Gesunde Gemeinde, Community Nurse (Beantwortung erfolgte schriftlich)
- » Gesunde Gemeinde Kapfenberg: integrierter Sozial- und Gesundheitssprengel in Kapfenberg sowie Umsetzung der Gesunden Gemeinde und von Community Nursing
- » GES.UND Büro in Haslach (OÖ): gemeinwohlorientierte Primärversorgung (COPC) mit Aufbau und Koordination regionaler Gesundheitsförderungsinitiativen in Kombination mit Social Prescribing in der PVE (internes und externes Link Working)
- » Gesundheitsdrehscheibe (Graz): Anlaufstelle in der urbanen Gesundheitsförderung, die Gesundheitsprobleme niederschwellig, wohnortnah, multidisziplinär und in einer Kooperation mit bestehenden Angeboten anstrebt
- » Gesundheitsnetzwerk Raabtal: Primärversorgung, Gesundheitsförderungsprojekte
- » Gesundheitsregion Vorau – erste Region Österreichs mit regionalem Gesundheitskoordinator
- » Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol: Präventionspfad
- » Pflegedrehscheibe Steiermark: bundeslandweite Struktur der Pflegeberatung mit anlassbezogenem Case Management
- » SMZ Liebenau (angefragt, kein Interview durchgeführt, daher auf Literatur zurückgegriffen)
- » WOHNZIMMER Leibnitz: aus partizipativem Prozess hervorgegangener Ort der Begegnung

Zwei Teammitglieder mit viel Erfahrung in der qualitativen Forschung und Feldkenntnis führten die Interviews in Form einer Videokonferenz durch. Begleitet wurden sie von jeweils einem zusätzlichen Teammitglied zur Dokumentation. Die Interviewergebnisse wurden dokumentiert und anschließend entsprechend den definierten Analysekatoren inhaltlich ausgewertet und zusammengefasst (vgl. Anhang B: Tabellarischer Überblick über die analysierten Modelle).

3.2 Auswertung

Angelehnt an das SELFIE Framework, das darauf abzielt, verschiedene Aspekte der integrierten Versorgung zu strukturieren und zu evaluieren, wurde die Analyse der ausgewählten Initiativen strukturiert. Da integrierte Versorgung auch eine ganzheitliche Betrachtung und Anpassung auf allen Ebenen des Gesundheitssystems erfordert und Bereiche von der individuellen Patientenversorgung bis zur staatlichen Regulierung umfassen soll, bietet sich das Framework als Rahmen für die hier realisierte Status-quo-Analyse an (Leijten et al. 2018; Struckmann et al. 2018). Das Framework, das sich in sechs Bereiche gliedert und in drei Ebenen (Mikro-, Meso-, Makroebene) unterteilt wird, wird hier anhand von wesentlichen Leitfragen kurz dargestellt:

- » **Leistungserbringung:** Wieweit steht der oder die Klient:in bzw. Patient:in im Mittelpunkt? Wieweit wird die Versorgung deren individuellen Bedürfnissen gerecht? Wie kontinuierlich und bedarfsgerecht ist die Versorgung?
- » **Steuerung und Regulierung:** Wieweit sind die gesamten Versorgungsabläufe an folgenden Prinzipien angepasst und unterstützen diese: Patientenorientierung, klare Verantwortlichkeiten und Transparenz?
- » **Leistungserbringer:innen:** Erfolgt die Versorgung in multidisziplinärer Zusammenarbeit bzw. unter Einbindung einer Koordinatorin oder eines Koordinators? Werden die Fachkräfte regelmäßig geschult und auf neue berufliche Rollen vorbereitet?
- » **Finanzierung:** Stellt die Finanzierung sicher, dass alle potenziellen Nutzer:innen teilnehmen können? Gibt es Selbstzahlungen? Werden Anreize zur Teilnahme geschaffen?
- » **Technologien und Medizinprodukte:** Welche Informations- und Kommunikationstechnologien stehen zur Kommunikation und Koordination zur Verfügung?
- » **Informationsaustausch und Forschung:** Werden personenbezogene Daten zur Verbesserung des Versorgungsprozesses genutzt? Sind Datenschutzaspekte berücksichtigt?

Um die Daten aus den Interviews effektiv zu strukturieren, wurde das Analyseraster als Matrix in einer tabellarischen Darstellung angelegt (Anhang B: Tabellarischer Überblick über die analysierten Modelle). Dieses Datenextraktionsverfahren ermöglichte es, die Vielfalt der Projektinhalte systematisch zu erfassen und zu vergleichen. Anschließend wurden die zentralen Ergebnisse im folgenden Kapitel zusammengefasst.

Die in Kapitel 5 präsentierten Empfehlungen und Schlussfolgerungen basieren auf den Analyseergebnissen aus den Interviews sowie aus den Diskussionen im Großteam, die dazu genutzt wurden, die komplexe Datenlage mittels der versammelten Expertise zu strukturieren und zu fokussieren.

3.3 Limitationen

Trotz des Bestrebens, ein breites Spektrum an Ansätzen im Bereich der Beratung, Koordination und Navigation abzubilden, und der Vielfalt der praktisch sowie durch die ergänzende Literaturrecherche einbezogenen Modelle konnten nicht alle Aspekte und Variationen der Umsetzungslandschaft eingeschlossen und abgebildet werden.

Ebenso stammen die analysierten Initiativen aus dem projektbezogenen Nahbereich der Gesundheit Österreich GmbH, was einen Selection Bias darstellen kann. Weiterführende Arbeiten könnten hier Ergänzungen bieten.

Die Vorstudie liefert damit einen ersten Einblick in die Umsetzungsrealität von sektorenübergreifenden Projekten, jedoch keinen lückenlosen Überblick.

4 Ergebnisse der Status-quo-Analyse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Interviews mit den angefragten Initiativen und Projekten zusammenfassend dargestellt. Um eine schnelle Übersicht über die wesentlichen Inhalte zu bekommen, wird deshalb – wo möglich – mit Aufzählungen gearbeitet. Eine detailliertere Einsicht in das jeweilige Interview bietet die Tabelle im Anhang (siehe Anhang B: Tabellarischer Überblick über die analysierten Modelle).

4.1 Wesentliche Problemstellungen in Österreich

Die Interviews bestätigen die grundlegende Problemstellung in Österreich, dass eine sektorenübergreifende, an einem ganzheitlichen, umfassenden Gesundheitsverständnis orientierte, integrierte Gesundheitsversorgung bisher nur vereinzelt umgesetzt wird. Insbesondere folgende Aspekte wurden von den bestehenden Initiativen und Projekten als problematisch hervorgehoben:

- » Eine hohe Komplexität des Versorgungssystems mit kaum vernetzten Anbieterinnen und Anbietern unterschiedlicher Bereiche (Versorgung, Gesundheitsförderung, Prävention, Soziales und Pflege) erschweren Laiinnen, Laien und Profis im Versorgungssystem die Navigation sehr.
- » Geringe Gesundheitskompetenz der Bevölkerung aufgrund fehlender angemessener Informationswege wirkt einer gelingenden Navigation der Bevölkerung durch die Angebotslandschaft entgegen. Damit werden bestehende Angebote nicht genutzt.
- » Es gibt wenig Zeit für bedürfnisorientierte Aufklärung und Beratung, insbesondere im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung.
- » In vielen Regionen gibt es nicht genug niederschwellige und mehrsprachige Anlaufstellen.
- » Es existieren Lücken im Versorgungsangebot aufgrund fehlender Multiprofessionalität und eines Mangels an Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten. Insbesondere fehlen
 - » in bestimmten Regionen wohnortnahe Angebote der Gesundheitsförderung,
 - » in ländlichen Regionen Angebote für spezifische Zielgruppen,
 - » konsumfreie Begegnungsorte für die Bevölkerung.
- » Es lässt sich eine fehlende ganzheitliche (biopsychosoziale) Sichtweise sowohl der Dienstleister:innen als auch in der Bevölkerung feststellen. Daher werden medizinisch-therapeutische und psychosoziale Problemlagen kaum verknüpft, erkannt und adressiert.
- » Gesundheitsdienstleister:innen kennen die Gesundheits- und Sozialdienste und kommunale Angebote in ihrer Region nicht ausreichend.
- » Durch fehlende Abstimmung kommt es teilweise zu einer Verdopplung von Angeboten.
- » Ein regionaler Mangel an bestehenden Angeboten im Gesundheitsbereich (Hausärztinnen und Hausärzte) kann nicht oder nur durch sehr aufwendige Recherche- und Vermittlungsarbeit ausgeglichen werden.
- » Aufwendige Netzwerk- und Recherchearbeit werden nicht bezahlt.

4.2 Zielsetzungen

Die befragten Initiativen und Projekte nannten folgende zentrale Zielsetzungen:

- » verbesserte Navigation der jeweiligen Zielgruppe durch die Angebotslandschaft durch Information, Beratung und ggf. persönliche Begleitung der jeweiligen Zielgruppe hinsichtlich möglicher Unterstützungsleistungen
- » verbesserte Vernetzung regionaler Anbieter:innen in den Bereichen Gesundheitsförderung, Krankenversorgung, Soziales und Pflege; ggf. auch Initiieren/Schaffen von neuen Angeboten

Als weitere Ziele wurden genannt:

- » Verbesserung der Gesundheitskompetenz
- » ganzheitliche Beratung und Aufklärung der Zielgruppe
- » verbesserte Zielgruppenerreichung
- » niederschwelliger Zugang zur Gesundheitsversorgung
- » Förderung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit
- » vermeidbare Krankenhausaufenthalte reduzieren
- » Brücken bauen zwischen Primärversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention

4.3 Zielgruppen

Als Zielgruppe wird meist die Gesamtbevölkerung genannt. Dennoch werden auch spezifische Bevölkerungsgruppen als Zielgruppen hervorgehoben, wie

- » Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz,
- » Frauen aller Altersgruppen,
- » Jugendliche mit psychischen Problemlagen,
- » Personen ab dem 18. Lebensjahr,
- » ältere Menschen bzw. Seniorinnen und Senioren im Alter 65+,
- » chronisch kranke Menschen mit Migrationserfahrung,
- » pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige.

Besonderes Augenmerk wird von den Initiativen auf die Schwierigkeiten bei der Zielgruppenerreichung gelegt. Folgende Lösungsansätze wurden angesprochen:

- » ausreichend Ressourcen für spezifische, intensive Öffentlichkeitsarbeit und Bewusstseinsbildung einsetzen
- » Programme auf die spezifischen Bedarfslagen konzipieren; „viel vom Gleichen“ bringt wenig Erfolg
- » möglichst niederschwellige, sozialraumorientierte Angebote entwickeln, die je nach Zielgruppe z. B. auf Mehrsprachigkeit setzen

4.4 Aufgabenspektrum

Aus den Interviews geht ein breites Aufgabenspektrum an Kernleistungen hervor. Folgende Schwerpunkte setzen alle Initiativen und Projekte:

- » Netzwerkmanagement: Mapping bzw. Einholen, Aufbereiten, Vernetzen und Koordinieren von bestehenden regionalen Angeboten
- » Konzipieren von neuen (Gruppen-)Angeboten (je nach Bedarf/Angebotslücke)
- » Beratung in unterschiedlicher Intensität anbieten (je nach individuellem Bedarf)
- » Übersetzungsleistungen (z. B. Befunde) für Menschen anbieten, deren Erstsprache nicht Deutsch ist
- » Vernetzung und Koordination von verschiedensten Angeboten auf Ebene der Einzelpersonen: Case und Care Management, Vermittlung an bedarfsorientierte Angebote, Organisation von Pflegedienstleistungen einschließlich Hausbesuchen, Hilfsmittelbeschaffung und Antragstellungen, Kuration/Heilbehandlung, Netzwerkmanagement und Koordination
- » Weitervermittlung der Zielgruppe je nach Bedarfslage (z. B. Gemeinde zu Primärversorgung oder umgekehrt)
- » Einbindung der Bevölkerung/Zielgruppen in die Entwicklung der Angebote

4.5 Teamzusammensetzung

Bei den Interviews zeigte sich, dass die Teamzusammensetzungen und -größen je nach Initiative bzw. Projekt sehr unterschiedlich sind: Die Teamgrößen variieren zwischen ein bis zwei Personen und elf Personen in einer Initiative. Die meisten Initiativen sind multi- und interprofessionell besetzt. Ein Projekt etablierte eine neue Rolle: den oder die Gesundheitskoordinator:in, wobei eher kommunikative Skills und weniger Fachwissen als Grundqualifikation definiert wurden. In manchen Initiativen bzw. Projekten sind Personen mit Know-how im Bereich Gesundheitsmanagement/Gesundheitsförderung eingesetzt, jedoch keine Gesundheitsberufe. In anderen Initiativen bzw. Projekten sind vorrangig oder ausschließlich Angehörige von Gesundheitsberufen eingesetzt, die entweder in multidisziplinären Teams oder auch monodisziplinär arbeiten. Folgende Personengruppen kommen somit zum Einsatz:

- » Expertinnen und Experten im Bereich Gesundheitsmanagement/Gesundheitsförderung
- » diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, auch Community Nurses
- » Case und Care Manager:innen
- » Sozialarbeiter:innen
- » Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Bezüglich der spezifischen Qualifikationen aus Aus- und Fortbildungen zeigte sich aus den Interviews, dass diese stark von den Aufgaben der Mitarbeiter:innen und der Zielgruppe abhängen:

- » Recherche, Aufbereitung und Weitergabe von Informationen,
- » Beratung,
- » Vernetzung von Angeboten,

- » Zugangserfahrungen zur Zielgruppe,
- » Übersetzungstätigkeiten,
- » kultursensibles Arbeiten.

Als weiteres Ergebnis ist festgehalten, dass die meisten Initiativen und Projekte einen hohen Bedarf an zusätzlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sehen: einerseits, um Kontinuität und Nachhaltigkeit der Leistungen zu sichern, weil dies mit nur einer Person kaum möglich ist (Urlaub, Krankenstand etc.), andererseits wären auch Mitarbeiter:innen mit spezifischen Expertisen wie Psychotherapie, anderen Erst- und Zweitsprachen oder Case und Care Management hilfreich. Diese zusätzlichen personellen Ressourcen würden einen Ausbau der bisherigen Tätigkeiten ermöglichen.

4.6 Dokumentation und Rechenschaftspflicht

Die Interviews haben gezeigt, dass die meisten Initiativen und Projekte ihre Leistungen bzw. Klientendaten dokumentieren – aus eigener Initiative heraus, aufgrund von berufsrechtlichen Erfordernissen, zum Zweck der Nachvollziehbarkeit oder weil eine Nachweispflicht vom Auftraggeber vorgegeben ist; davon hängt u. a. auch die Detailliertheit der Dokumentation ab.

Die meisten Initiativen und Projekte dokumentieren ihre individuellen Beratungsleistungen mit Standardprogrammen wie Word oder Excel. Lediglich in der Primärversorgung wird eine spezifische Dokumentationssoftware eingesetzt. Andere Projekte sind noch auf der Suche nach einer passenden Softwarelösung. Die Dokumentation der Angebote und Zugänge im Netzwerk wird als herausfordernd beschrieben und benötigt lokale Entwicklungsarbeit. Dies wird als kostenintensiv und komplex eingestuft.

4.7 Finanzierung und Organisationsform

Folgende Aspekte der Finanzierung werden von den Initiativen und Projekte hervorgehoben:

- » Die meisten Initiativen agieren auf Basis von zeitlich beschränkten Fördermitteln.
 - » Dies führt zu Unsicherheit in den Teams der Initiativen.
 - » Die Suche nach neuen Finanzierungswegen und das Stellen von Förderanträgen beansprucht große zeitliche Ressourcen der Teams.
- » Die meisten Initiativen arbeiten mit einer Kombination unterschiedlicher Fördergeber, insbesondere sind hier Land, Gemeinde, FGÖ, ÖGK und EU zu nennen.
- » Temporäre Finanzierungen unterschiedlicher Fördergeber stellen eine große Hürde für die kontinuierliche Weiterführung der Initiativen dar.
- » Eine langfristige Finanzierung ermöglicht die Nachhaltigkeit der Angebote, planerische Sicherheit und kontinuierliche Entwicklungsarbeit.

Die **Organisationsformen** der befragten Initiativen und Projekte variieren stark. Es bestehen öffentlich (z. B. bei Gemeinden) verankerte Initiativen und andere Formen, wie selbstorganisierte Vereine oder Primärversorgungseinheiten.

4.8 Zentrale Herausforderungen für die Umsetzung

In den Interviews wurden sowohl fachlich-inhaltliche als auch strukturelle Herausforderungen thematisiert:

- » Die Gewährleistung eines qualitativ hochwertigen Angebots ist aufgrund der meist befristeten Finanzierungsbedingungen und des geringen Angebots an qualifizierten Fachkräften am Arbeitsmarkt schwierig.
- » Die Abgrenzung und Definition von Zuständigkeiten bei regionalen Angeboten mit ähnlichen Zielsetzungen erfordert viel Verhandlungsgeschick.
- » Die Abstimmungsarbeiten auf der Personenebene (Mikroebene), zwischen den Organisationen im regionalen Kontext (Mesoebene) und mit der politischen Vertretungen und der Verwaltung (Makroebene) sind komplex und herausfordernd. Aber nur so kann ein Zusammenspiel optimal gewährleistet werden.
- » Geringe personelle Ressourcen für ein breites Aufgabenspektrum und Einzugsgebiet sind eine große Herausforderung.
- » Das Commitment der Entscheidungsträger:innen für die Überführung von in Pilotprojekten erprobten Aktivitäten in Regelangebote ist schwer zu erreichen.
- » Die Akzeptanz der Initiative bei allen bestehenden regionalen Stakeholdern ist schwer zu erreichen.
- » Knappe personelle und finanzielle Ressourcen spezifisch für die Netzwerkarbeit erschweren die Umsetzung.
- » Fehlende Strategien, Zuständigkeiten und Rahmenbedingungen auf den übergeordneten Ebenen in den Bereichen Gesundheit und Soziales machen eine Finanzierung und strategische Entwicklung der Initiativen kaum möglich.

4.9 Entwicklungsperspektiven der Initiativen

Folgende Punkte nannten die Interviewpartner:innen hinsichtlich ihrer Entwicklungsperspektiven und Wünsche:

- » Erweiterung der Initiativen durch niederschwellige, lokale Anlaufstellen
- » Verbesserung der Niederschwelligkeit durch verbesserte Zielgruppenorientierung, Netzwerkarbeit, Mehrsprachigkeit, aufsuchende Arbeit, eine kommunale, lebensraumorientierte Verankerung
- » klare und koordinierte Positionierung und Übersicht über die vorhandenen Angebote, v. a. um Mehrgleisigkeit und damit Konkurrenz zu verhindern
- » quantitativer und qualitativer Ausbau im Bereich der Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote

- » quantitativer und qualitativer Ausbau, um eine größere bzw. weitere Zielgruppen zu erreichen
- » Eingliederung von Community Nurses in bestehende Initiativen und Projekte
- » Weiterentwicklung der Multiprofessionalität im Team
- » aufsuchende Leistungen/Angebote verstärken
- » mehr finanzielle Ressourcen, um qualifiziertes Fachpersonal anstellen zu können

4.10 Anschlüsse an bestehende Initiativen und Reformvorhaben

Die bestehenden Initiativen und Programme orientieren sich in ihren Entwicklungsperspektiven vor allem an folgenden Initiativen, Modellen, Reformvorhaben oder Konzepten:

- » Social Prescribing
- » Gesundheitskiosk in Hamburg
- » Gesundheitsdrehscheibe der Stadt Graz
- » Einbindung von Community Nurses
- » Entwicklung Richtung Community (Health) Nursing
- » Strukturen kommunaler Gesundheitsförderung
- » Initiativen auf Landesebene wie Pflegedrehscheibe oder Primärversorgungseinheiten
- » gemeindeorientierte Primärversorgung

5 Erste Empfehlungen und Schlussfolgerungen (Rahmenskizze)

Wie beschrieben, kann in den meisten Regionen davon ausgegangen werden, dass die Bevölkerung Schwierigkeiten damit hat, die passenden Angebote für ihre gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Anliegen zu finden und zu nutzen (Best Point of Service). Unnötiges Leiden, unnötige Wege, unnötige Kosten, ungenutzte Angebote für viele unterschiedliche Zielgruppen sind die Folgen. Eine Reihe von Initiativen und Projekten hat diese Problemstellung in unterschiedlicher Weise aufgegriffen. Sie decken offensichtlich regionale Bedarfe ab, machen aber gleichzeitig über ihre Gemeinsamkeiten grundsätzliche Eckpunkte für einen in Österreich neuen und dringend flächendeckend benötigten Angebotstyp „Gesundheitskiosk, -drehscheibe, -büro“ klar. Die bestehenden Umsetzungserfahrungen sind vielversprechend genug, dass die Weiterentwicklung des Angebots auch als Reformschritt der gerade beschlossenen Gesundheitsreform eingebracht werden sollte. Insbesondere die in den beiden neuen 15a-Vereinbarungen angesprochenen Ansätze zur verbesserten Patientennavigation, integrierten Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz können über diesen Angebotstyp wesentlich unterstützt werden.

Die folgenden Empfehlungen („Rahmenskizze“) sollen dazu anregen, ähnlich wie in Deutschland eine breite Umsetzung – angepasst an die österreichischen Rahmenbedingungen – zu planen und zu initiieren.

5.1 Kernleistungen

Der hier charakterisierte Angebotstyp soll zwei Kernleistungen umfassen, die auf zwei verschiedenen Ebenen die grundlegenden Problemlagen adressieren:

1. **individuelle Beratung** (und Begleitung) zum Auffinden des besten Angebots für ein individuelles gesundheitliches, pflegerisches und/oder soziales Anliegen
2. **regionale Koordination** und Entwicklung der Angebote von der medizinischen Versorgung über Prävention, Gesundheitsförderung und Pflege bis zu sozialen Unterstützungsangeboten inklusive ehrenamtlicher Laienunterstützung

Individuelle Beratung, Begleitung und Gruppenangebote sollen von einer personenzentrierten Haltung und einem umfassenden Gesundheitsverständnis getragen sein und u. a. folgende Leistungen umfassen:

- » individuelle Information, Beratung
- » bei komplexen Anliegen auch ressourcen- und bedarfsorientierte persönliche Begleitung
- » Koordination und Vermittlung der Rat suchenden Personen zu passenden Angeboten des regionalen Netzwerks und bei Bedarf darüber hinaus (u. a. Social Prescribing)
- » Unterstützung der Rat suchenden Personen bei der Organisation komplexer Leistungen und Case Management
- » spezifische Gruppenangebote, insbesondere für sozial/sozioökonomisch benachteiligte Menschen (inkl. Angebote in Erstsprache für Menschen mit Migrationshintergrund)

Die folgenden möglichen Erweiterungen der individuellen Beratung bedürfen noch einer genauen Abklärung des Bedarfs und der rechtlichen Rahmenbedingungen:

- » niederschwellige Gesundheitsversorgung, z. B. einfache diagnostische Maßnahmen wie Blutzucker- und Blutdruckmessung, einfache Wundversorgung u. Ä.
- » strukturelle Zusammenarbeit mit (niedergelassenen) Ärztinnen und Ärzten, Pflegediensten und Therapeutinnen und Therapeuten durch Zuweisung oder Vermittlung, einen strukturierten Informationsaustausch und/oder fallbezogene, multiprofessionelle Abstimmungen

Regionale **Koordination** soll umfassen¹:

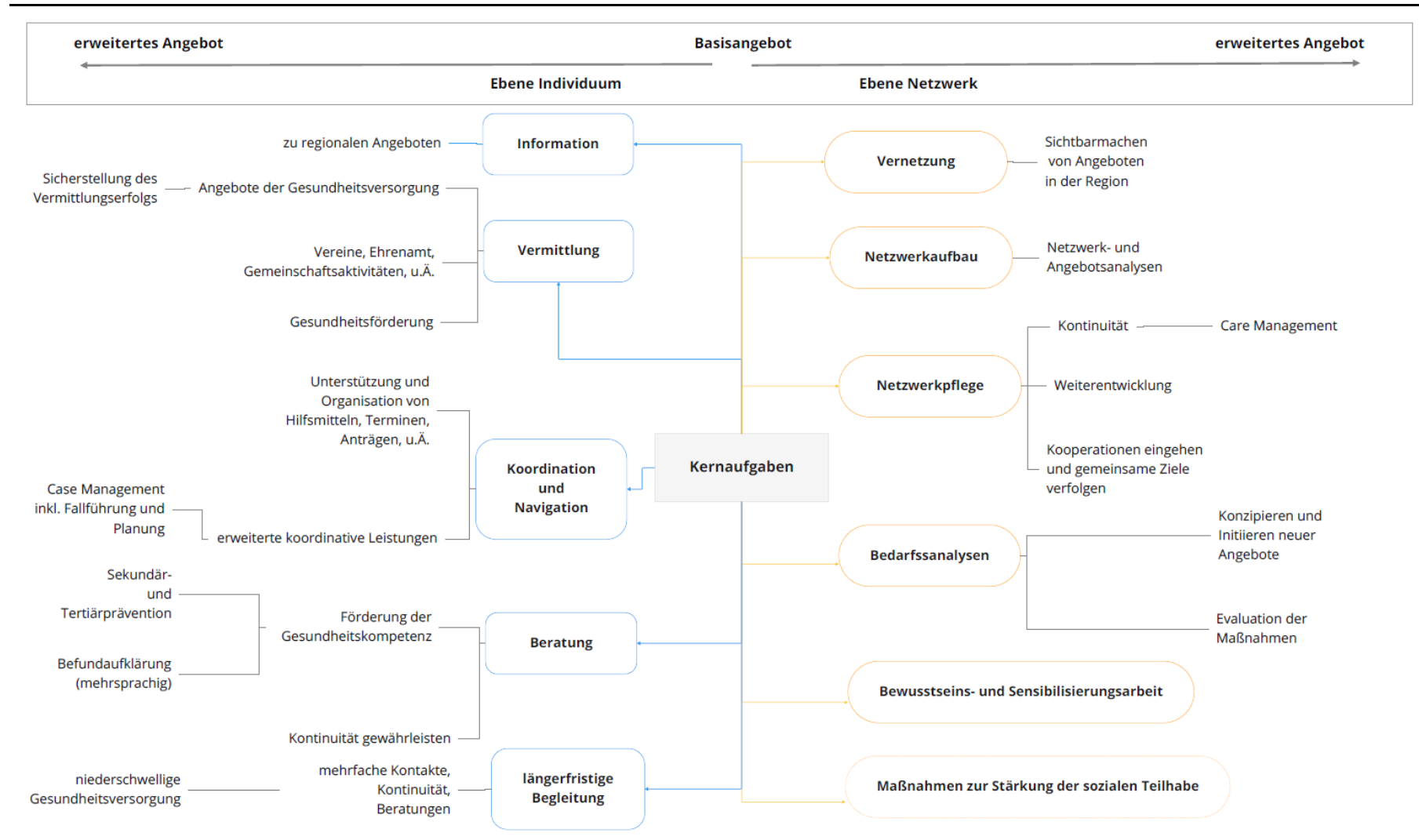
- » Informationssammlung und Erstellung von Angebotsübersichten
- » Information, Öffentlichkeitsarbeit, Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung der Organisationen, Anbieter:innen und der Bevölkerung
- » Aufbau eines regionalen multiprofessionellen und intersektoralen Netzwerks, das kommunale und regionale Angebote der Gesundheitsförderung, Gesundheitsversorgung, der Bereiche Soziales und Pflege und des Ehrenamts inklusive eines erweiterten Care Managements umfasst
- » Pflege und Weiterentwicklung des Netzwerks sowie Kooperation mit den zentralen Partnern auf Landes- und Bundesebene
- » Identifikation von Lücken, die durch die Konzeption neuer Angebote geschlossen werden sollen

In Abbildung 5.1 wird das mögliche Leistungsangebot auf Ebene des Individuums und des Netzwerks visuell dargestellt. Die beschriebenen Kernleistungen umfassen ein Basisangebot und erweiterte Angebote. Die Erweiterung des Leistungsangebots ist jedoch im Kontext berufs- und haftungsrechtlicher Fragestellungen sowie in Hinblick auf die strukturelle Anbindung zu konkretisieren.

¹

Vgl. auch (Haas/Weigl 2023a)

Abbildung 5.1:
Überblick und Ausdifferenzierung der Kernleistungen



Quelle und Darstellung: GÖG

5.2 Organisatorische Anbindung

Die grundlegende Empfehlung ist, für dieses Angebot **keine neue Struktur** in das bestehende und bereits komplexe Gesamtversorgungssystem einzubauen. Dadurch würde die Komplexität und Fragmentierung des Gesamtsystems weiter steigen und bestehende Angebote würden in Konkurrenz mit einer solchen Struktur treten. Bestehende regionale Strukturen wie u. a. kommunale Verwaltung, kommunale Gesundheitsförderung, Primärversorgung, Community Nursing, Sozial- und Gesundheitsprävention, Servicestellen der Sozialversicherung, Frühe Hilfen und Care-Management-Strukturen können Träger oder Ausgangspunkt dieser Leistungen sein.

Alle diese Andockstellen haben Vor- und Nachteile z. B. in der Ausgestaltung der Kernleistungen, der Niederschwelligkeit für die Bevölkerung bzw. für bestimmte Zielgruppen sowie bezüglich der rechtlichen Rahmenbedingungen und Kooperationsfähigkeit im größeren Netzwerk. Beispielhaft sollen im Folgenden drei Szenarien kurz skizziert werden.

Die Anbindung in der **Gemeinde** in Form eines Gemeindebüros hat z. B. den Vorteil, dass es niederschwellig erreichbar und zentral gelegen ist. Übergreifende Strukturen wie Gesunde Gemeinde / Gesundes Dorf / Gesunder Bezirk können hier in der Umsetzung und auch in der überregionalen Koordination unterstützen. Bei der Etablierung in der Kommune muss mitbedacht werden, dass die verfassungsrechtlichen Kompetenzen der Gemeinden im Bereich der Gesundheitsversorgung und die finanziellen Ressourcen beschränkt sind. Verwaltungsstrukturen sind vielerorts verfügbar und können genutzt werden. Sehr unterschiedliche Ausgestaltungsmöglichkeiten bestehen je nach Gemeindegröße: Kleinere Gemeinden benötigen hierfür jedenfalls zusätzliche Ressourcen und ggf. externes Know-how. Das politische Commitment in der Gemeinde, die breite Vernetzung und das Engagement der Umsetzungsbeteiligten wird als Erfolgsfaktor gesehen.

Eine Anbindung an die Gesundheitsversorgung andererseits, insbesondere an die **Primärversorgung**, ist aufgrund der Nähe zur medizinischen Versorgung und der meist multiprofessionellen Teams vorteilhaft. Die Etablierung eines zusätzlichen Angebots im Sinne der Koordination und Beratung könnte in diesem Szenario die niedergelassenen Versorgungsstrukturen unmittelbar entlasten und eine Trendwende hin zu bevölkerungsorientierter Primärversorgung unterstützen. Primärversorgungseinheiten haben in der Regel ein vordefiniertes Einzugsgebiet, das über Gemeindegrenzen hinausreicht. Auf eine ausreichende Niederschwelligkeit ist in diesem Szenario zu achten. Angedockt an die Primärversorgung könnten zusätzlich spezielle Angebote wie Sprechstunden/Bürozeiten in den jeweiligen Gemeinden vor Ort angedacht werden.

Community Nurses könnten auch als Ausgangspunkt gewählt werden. Sie sind derzeit kommunal angehängt und wohnortnah tätig. Es gibt Community-Nursing-Projekte, die direkt an Gemeinden angesiedelt sind und mit Trägerorganisationen oder freiberuflichen Pflegepersonen kooperieren. Durch die Ergänzung von Community Nursing mit einer stark koordinativen Leistung könnte die regionale Vernetzung weiter vorangetrieben werden. Die Umsetzung des Basisangebots ist durch

die bestehende Struktur möglich, eine Erweiterung des Leistungsspektrums durch den Einsatz von DGKP als Community Nurses wäre relativ einfach zu realisieren.

Zur Breite des Angebots nach Inhalten und angesprochenen Zielgruppen wird empfohlen, dass unabhängig von der Trägerschaft beide Kernleistungen (siehe Kapitel 5.1) in vollem Umfang für das gesamte Spektrum von medizinischen bis zu sozialen Anliegen für die gesamte Bevölkerung abgedeckt werden. Gleichzeitig sollte eine regional differenzierte Ausgestaltung in Hinblick auf bestehende Angebote, Netzwerke und Bedarfe angestrebt werden.

5.3 Qualitative Ausgestaltung

Folgende Qualitätsaspekte werden für das neue Angebot als zentral angesehen:

- » Niederschwelligkeit, am besten gemeinsam mit der regionalen Bevölkerung zu gestalten:
 - » zentral / gut erreichbar / wohnortnah gelegen,
 - » ohne Termin aufsuchbar,
 - » barrierefrei in der Raumgestaltung, aber auch in Hinblick auf Mehrsprachigkeit,
 - » kostenlos,
 - » ansprechende Gestaltung der Räumlichkeiten.
- » Ein ganzheitliches und umfassendes Gesundheitsverständnis (inkl. psychosozialer Gesundheit) soll für die Auftraggeber und Mitarbeitenden die Grundlage des Angebots sein.
- » Einsatz von Personen- und/oder Berufsgruppen mit ausreichender Berufsqualifikation (z. B. dreijährige Ausbildung in einem Gesundheits- oder Sozialberuf) und spezifischer Fachkompetenz, insbesondere in den Bereichen personenzentrierte Kommunikation, Beratung sowie Vermittlung (Community Engagement, Stakeholder:innen zusammenbringen, generalistische statt spezialisierter Anlaufstelle etc.); Kenntnisse des Gesundheitssystems und der Gesundheitsförderung sind erforderlich.
- » Multi- und Interprofessionalität des Teams: Die Teammitglieder sollten divers und flexibel in Hinblick auf ihre Grundprofession ausgewählt werden. Insbesondere sollten multiprofessionelle Fallbesprechungen routinemäßig durchgeführt werden. Dies erhöht die Qualität des Beratungsangebots und unterstützt die Entwicklung einer multiprofessionellen Teamkultur.
- » Bürgerbeteiligung in der regionalen Ausgestaltung ist zentral.
- » Im Angebot selbst sollten auch regionale ehrenamtliche Organisationen wie z. B. Selbsthilfeorganisation eingebunden werden.

5.4 Notwendige Rahmenbedingungen

Auf Basis der Interview- und Reflexionsergebnisse wird ersichtlich, dass folgende Rahmenbedingungen für eine gelingende Etablierung eines neuen Angebots notwendig sind:

- » Eine mehrjährige finanzielle Grundausstattung inkl. Anreizsystemen für sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Netzwerkarbeit ist erforderlich.

- » Für eine Pilotphase kann dies auch über geteilte Finanzierungen erfolgen, die auf Basis der Evaluation in eine Regelfinanzierung überzuführen ist. Hier wird ein Sektor (z. B. der Gesundheitssektor) die Führung übernehmen müssen, auch wenn eine intersektorale Finanzierung unbedingt erforderlich scheint (Haas/Weigl 2023b).
- » Die klaren Bezüge zu den neuen 15a-Vereinbarungen z. B. in puncto Patientennavigation erlauben ggf. eine (Teil-)Finanzierung über die Planungsmittel der Bundesgesundheitsagentur.
- » Zu beachten ist, dass nicht nur das hier beschriebene Angebot finanzierte Zeit für Netzwerkarbeit braucht, sondern dass für alle Einrichtungen im Netzwerk Zeit für Abstimmungsarbeit, Vernetzungsaktivitäten, Datenbereitstellung und -austausch vorzusehen ist. Diese Tätigkeiten werden aktuell häufig in die Freizeit engagierter Mitarbeiter:innen verlagert.
- » Rechtliche Fragen, z. B. zu Haftungsrecht und Dokumentationserfordernissen, sind zu klären.
 - » Insbesondere in Hinblick auf die Beratungstätigkeit an den Schnittstellen zur medizinischen und pflegerischen Versorgung ist Rechtssicherheit herzustellen.
- » Kooperation und Abstimmung mit überregionalen Angeboten zur Bevölkerungsinformation und Patientennavigation, wie Telefonhotlines (z. B. 1450), Websites (z. B. „Wo bin ich richtig?“, gesundheit.gv.at), sind zu entwickeln, um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden und Synergien zu realisieren.
- » Es braucht eine klare Definition des Angebots und Öffentlichkeitsarbeit, wie dies etwa bei den Frühen Hilfen gelungen ist.
 - » Hier ist eine bundesweite Markenentwicklung für die gemeinsame politische Initiative zu empfehlen.
 - » Gleichzeitig bedarf es der lokalen Namensfindung unter Beteiligung der lokalen Bevölkerung, damit sich diese mit dem Angebot identifiziert.
 - » Die Abgrenzung des Leistungsspektrums ist wichtig. Es sollte klar definiert werden, welche Tätigkeiten direkt übernommen werden und wo an andere Angebote weitervermittelt wird (z. B. einfache pflegerische Tätigkeit, Case Management) bzw. wann eng mit anderen regionalen Angeboten kooperiert wird.
- » Teamgröße: Diese hängt vom Einzugsgebiet ab. Es sollten mindestens zwei Personen in einer Initiative arbeiten, damit es die Möglichkeiten für Austausch und Vertretung gibt.

5.5 Empfehlungen für nächste Schritte

Grundsätzlich werden drei Projektvorhaben als nächste Schritte vorgeschlagen: 1) ein direktes Folgeprojekt zur Erstellung der fachlichen Grundlagen, 2) ein partizipativ gestalteter Fördercall für Pilotierungen und 3) die Einrichtung einer Austauschplattform für bestehende Praxisprojekte.

Abschließend werden die drei Projektvorhaben kurz skizziert:

1. Folgeprojekt zur Erstellung der fachlichen Grundlagen in Kooperation mit Praxispartnerorganisationen mit folgenden Leistungen:

- » bundesweite Erhebung der konkreten Angebots- und Versorgungslücken
 - » Einschätzung bestehender Initiativen und Vorbereitung der Evaluation der neuen Initiativen
 - » Aufsetzen eines sektorenübergreifenden Stakeholderprozesses unter Führung des Gesundheitsministeriums (inkl. Fördermodell entwickeln) mit dem Ziel, die Finanzierungsstruktur und gemeinsame Eckpunkte für die Pilotierung zu definieren
 - » Markenfindungsprozess auf bundesweiter Ebene zur Namensfindung des bundesweiten Angebots
 - » fachliche Grundlagen entwickeln und bereitstellen: Idealmodell, Regelung der Rahmenbedingungen, Qualifikationsprofile, Leitfäden/Standards zur Netzwerkarbeit, Zusammenarbeit, Bürgerbeteiligung und für die individuelle Beratung
2. Ein Fördercall soll zunächst den Aufbau einer neuen Initiative pro Bundesland ermöglichen, um unterschiedliche Ausgestaltungen der strukturellen Anbindung, Ausstattung, inhaltlichen Ausrichtung unter den unterschiedlichen regionalen Bedingungen zu erproben und damit das Grundmodell weiterentwickeln zu können.
 3. Einrichtung einer Plattform für Austausch und Vernetzung der bestehenden Praxisprojekte:
 - » Austausch- und Vernetzungsmöglichkeiten zwischen den bestehenden Initiativen etablieren, um gegenseitiges Lernen zu ermöglichen und konzeptionelle Entwicklungen mit Praxisanliegen abzustimmen
 - » Multiplikatoren- und Mentoringprogramme für neue Initiativen implementieren

Literatur

- Bachner, Florian; Bobek, Julia; Habimana, Katharina; Ladurner, Joy; Lepuschütz, Lena; Ostermann, Herwig; Rainer, Lukas; Schmidt, Andrea E.; Zuba, Martin; Quentin, Wilm; Winkelmann, Juliane (2018): Austria. Health system review. World Health Organization, Copenhagen
- BMSGPK (2021a): Empfehlungen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in Österreich auf Basis der Ergebnisse aus der österreichischen Gesundheitskompetenzerhebung HLS19-AT. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMSGPK (2021b): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017 inklusive der bis 1. Oktober 2021 beschlossenen Anpassungen. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMSGPK (2023a): Sektorenübergreifende Patientenbefragung 2022. Factsheet. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMSGPK (2023b): Sektorenübergreifende Patientenbefragung. Ergebnisbericht 2022. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Bundesgesundheitsministerium (2022): Gesundheitskiosk [online]. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gesundheitskiosk> [Zugriff am 28.11.2023]
- Dietscher, Christina; Nowak, Peter (2022): Gesundheitskompetenz als politische Querschnittsaufgabe – mit Fokus auf Österreich. In: Gesundheitskompetenz. Hg. v. Rathmann, K. et al. Springer, Berlin, Heidelberg, https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3_92-1
- FGÖ (2021): Grundprinzipien der Gesundheitsförderung [online]. https://fgoe.org/Grundprinzipien_der_Gesundheitsfoerderung [Zugriff am 28.11.2023]
- Glasby, Jon; Dickinson, Helen; Peck, Edward (2006): Guest editorial: Partnership working in health and social care. In: Health & Social Care in the Community 14/5:373–374
- Griebler, Robert; Straßmayr, Christa; Mikšová, Dominika; Link, Thomas; Nowak, Peter (2021a): Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse aus der österreichischen Gesundheitskompetenzerhebung HLS19-AT. Plattform GBE. 21.10.2021, online
- Griebler, Robert; Straßmayr, Christa; Mikšová, Dominika; Link, Thomas; Nowak, Peter und die Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der ÖPGK (2021b): Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitskompetenz-Erhebung HLS19-AT. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

- Griebler, Robert; Straßmayr, Christa; Nowak, Peter; Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz–Messung der ÖPGK (2022): Navigationskompetenz im Gesundheitswesen. Ergebnisse und Empfehlungen der Österreichischen Gesundheitskompetenz–Befragung (HLS19–AT). Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien
- Haas, Sabine; Weigl, Marion (2023a): Frühe Hilfen Leitfaden zu Aufbau und Pflege von Frühe-Hilfen-Netzwerken. Gesundheit Österreich, Wien
- Haas, Sabine; Weigl, Marion (2023b): Frühe Hilfen: Mehr Chancengerechtigkeit durch politikfeldübergreifende Kooperation. In: Gesundheit für alle: Reflexionen und Zukunftstrends. Hg. v. Gesundheit Österreich GmbH. Verlag Österreich, Wien. S. 13–S. 26
- Hinte, Wolfgang; Fürst, Roland (2020): Die Dominanz des ökonomischen Systems verhindert Solidarität –Finanzierungsparadigmen als Hürde für Kooperation. In: Sozialraumorientierung 40: Das Fachkonzept: Prinzipien, Prozesse & Perspektiven.S. 92
- Huter, Sebastian (2020): Community–Oriented Primary Care in Austria: Status Quo and Prospects for the Future. Medical University of Graz, Vienna
- Leijten, Fenna R. M.; Struckmann, Verena; van Ginneken, Ewout; Cypionka, Thomas; Kraus, Markus; Reiss, Miriam; Tsiachristas, Apostolos; Boland, Melinde; de Bont, Antoinette; Bal, Roland; Busse, Reinhard; Rutten–van Mülken, Maureen (2018): The SELFIE framework for integrated care for multi–morbidity: Development and description. In: Health Policy 122/1:12–22
- Nowak, Peter; Flaschberger, Edith; Griebler, Robert; Gugglberger, Lisa; Rojatz, Daniela (2023): Von der Versorgung zur Gesundheitsorientierung: Wie kann der Wandel gelingen? In: Gesundheit für alle: Reflexionen und Zukunftstrends. Hg. v. Gesundheit Österreich GmbH. Verlag Österreich, Wien. S. 247–S. 263
- Plunger, Petra; Wosko, Paulina; Schlee, Lisa; Rohrauer–Näf, Gerlinde (2023): Handlungsfelder, Potenzial und Entwicklungsperspektiven für gesundes Altern in der Kommune Kommunale Gesundheitsförderung und Caring Communities. Gesundheit Österreich, Wien
- Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte; Weißenhofer, Sabine; Edtmayer, Alice (2021): Taskforce Pflege, Begleitung des Prozesses zur Erarbeitung von Zielsetzungen, Maßnahmen und Strukturen. Gesundheit Österreich, Wien
- Sørensen, K.; Van den Broucke, S.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z.; Brand, H. (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: BMC public health 12/80:doi.org/10.1186/1471–2458–1112–1180
- Struckmann, Verena; Leijten, Fenna R. M.; van Ginneken, Ewout; Kraus, Markus; Reiss, Miriam; Spranger, Anne; Boland, Melinde R. S.; Cypionka, Thomas; Busse, Reinhard; Rutten–van Mülken, Maureen (2018): Relevant models and elements of integrated care for multi–morbidity: Results of a scoping review. In: Health Policy 122/1:23–35

- Ulinski, Susanna; Segert, Astrid; Cypionka, Thomas (2016): SELFIE 2020: Work Package 4 – Development of analytical framework to perform comprehensive evaluation using Multi-Criteria Decision Analysis. IHS, Wien
- Weigl, Marion; Ecker, Sandra; Gaiswinkler, Sylvia (2021): Gute Gesundheitsinformation für Menschen mit Migrationshintergrund. Gesundheit Österreich, Wien
- Weigl, Marion; Gaiswinkler, Sylvia; Wolf, Hilde; Haider, Huberta (2019): Maßnahmenkatalog. Empfehlungen für Maßnahmen zur Verbesserung des psychischen Wohlbefindens von Menschen mit Migrationshintergrund. Gesundheit Österreich, Wien
- WHO (2015): WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016–2026. Executive Summary. Placing people and communities at the centre of health services. World Health Organization
- WHO (2016): Integrated care models: an overview. Working document Health Services Delivery Programme Division of Health Systems and Public Health. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen
- Wild, Eva-Maria; Schreyögg, Jonas; Golubinski, Veronika; Röss, Vanessa; Schmidt, Henrike (2022): Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen. Evaluationsbericht. Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin
- Zschorlich, Beate; Wiegand, Beate; Warthun, Nicole; Koch, Klaus (2023): Health information for hard-to-reach target groups: A qualitative needs assessment. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 179/:8-17

Anhang A: Interviewleitfaden

Einzelinterviews Umsetzer:innen

Im Interviewleitfaden wird zwischen Hauptfragen (fett markiert, nummeriert mit 1, 2, ...) und ggf. einzusetzenden vertiefenden Fragen (Aufzählung darunter, a, b, c, ...) unterschieden. Je nach Verhältnis zur interviewten Person oder Bekanntheit der Initiative kann eine andere Reihenfolge sinnvoll sein, um so Themen auszuklammern, zu denen bereits ausreichend Informationen vorliegen.

1. Einleitung

Danke, dass Sie sich zu diesem Interview bereit erklärt haben. Die Gesundheit Österreich GmbH analysiert im Auftrag des BMSGPK Umsetzungsmöglichkeiten von koordinierenden, vernetzenden, gesundheitsfördernden, kommunalen Initiativen, die in Österreich bereits Fuß gefasst haben. Ziel ist es, aus bereits bestehenden Erfahrungen Empfehlungen für Modellprojekte und Umsetzungsszenarien zu erarbeiten.

Ein besonderes Erkenntnisinteresse liegt darauf, zu eruieren, wo Ihr Projekt genau ansetzt, ob Synergien mit anderen Initiativen bestehen und welche Zukunftsperspektiven und -visionen es gibt, um die Navigation von Betroffenen durch das Gesundheits- und Sozialsystem zu erleichtern.

Datenschutz und Einwilligung: Das Interview wird nicht aufgezeichnet, jedoch schriftlich zusammengefasst. Die Einwilligung wird mündlich eingeholt.

Der Name der Initiative und Ihre personenbezogenen Daten (Name und Funktion) werden, wenn Sie es wünschen, ersichtlich gemacht, um Ihre Expertise und das Projekt / die Initiative / das Netzwerk kenntlich und bekannt zu machen. Es ist auf Ihren Wunsch hin jedoch auch eine Anonymisierung Ihrer Person möglich. Sie haben die Möglichkeit, bei für Sie sensiblen Angaben einzelne Fragen nicht zu beantworten und dennoch am Interview teilzunehmen.

Dauer: max. 50 Minuten

offene Fragen: Haben Sie vorab noch Fragen zum weiteren Ablauf?

2. Allgemeine Angaben zu Initiative/Projekt/Netzwerk

Projektangaben

Informationen, die bereits bekannt sind, können vorab eingetragen werden, restliche Informationen sind nach Zusage zum Interview schriftlich einzuholen.

Tabelle 1:
Angaben zu Projekt und Interviewpartner:in

Informationen zum Projekt	Angaben zum Projekt / zur Initiative	Anmerkung
Name der Initiative		
Rolle Interviewpartner:in		
Umsetzungsbeginn / geplante Laufzeit der Initiative		
Einzugsgebiet (Einwohnerzahl)		
personelle Ausstattung (Anzahl involvierter Personen, VZÄ/Köpfe)		
Berufsgruppen, Professionen und Qualifikation der Akteurinnen und Akteure		
spezielle Schulung/Ausbildung der Akteurinnen und Akteure		
Projektregion (ländlich, städtisch, Besonderheiten)		
Zielgruppe(n)		
Nicht-Zielgruppe(n)		
Angaben zu Förderungen und Kooperationen (z. B. EU-gefördert, in Kooperation mit Primärversorgungseinheit, ...)		
Angaben zur Inanspruchnahme der Leistungen (Anzahl Kontakte, Anzahl erfolgreicher Vermittlungen, subjektive Einschätzung der Inanspruchnahme durch IP)		
Bereich, in dem das Programm / die Initiative verortet wird (Soziales, Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung, Pflege, anderer Bereich, ...)		

IP = Interviewpartner:in

Quelle: GÖG

3. Interviewfragen – Einzelinterviews

Themenbereich Eckpunkte, Problemstellung, Ziele

1. Können Sie uns zu Beginn kurz die wesentlichen Eckpunkte Ihres Projekts / Ihrer Initiative / Ihrer Organisation erklären?
2. Welche Problemlagen sollen durch das Projekt bewältigt/reduziert werden?
3. Welche Ziele werden konkret verfolgt?
 - a. Inwiefern wird darauf abgezielt, die gesundheitliche und soziale Chancengerechtigkeit zu fördern? Welche Ansätze werden dabei verfolgt?
 - b. Wird das Ziel verfolgt, die soziale Teilhabe und kollektive Beteiligung der Bürger:innen zu erhöhen?
 - c. Wird die Verbesserung der Gesundheitskompetenz über die regionale Angebotslandschaft von Gesundheitsförderung, Prävention, Krankenversorgung und/oder Pflege als Ziel gesehen? (Navigation im Gesundheitssystem)
 - d. Wird der niederschwellige Zugang zu Leistungen der Gesundheitsförderung, Prävention, Krankenversorgung und/oder Pflege als Ziel gesehen?
 - e. Wird die Koordination von regionalen Angeboten in diesen Feldern als Ziel gesehen?

- f. [sofern Initiative schon in Umsetzung:] Gibt es Unterschiede in der ursprünglich angestrebten Zielsetzung und der tatsächlich erreichten Ziele? (Was wurde intendiert, was wurde erreicht?)
4. **Welche Zielgruppen werden im Projekt / in der Initiative angesprochen?**
 - a. Soll die gesamte Bevölkerung erreicht werden oder eine bestimmte Zielgruppe?
 - b. Wie wird die Zielgruppe angesprochen bzw. über das Angebot informiert? Welche Strategien werden dabei verfolgt?
 - c. Sind das Angebot und die Ansprache der Zielgruppe niederschwellig/zweckmäßig?
 - i. Was könnte hier verbessert werden?
 - d. Wie gut wird die Zielgruppe in das Vorhaben einbezogen?
 5. **Gibt es Initiativen/Strategien/Projekte, an denen Sie sich orientieren? Kennen Sie ähnliche Projekte, die gut funktionieren?**
 6. **Gibt es bestehende, ähnlich ausgerichtete Projekte, mit denen Sie eng zusammenarbeiten? Gibt es Projekte, wo Sie Synergien sehen?**

Themenbereich Aufgaben, Kernleistungen

7. **Welche Personen arbeiten in welchem Umfang (VZÄ/Köpfe) im Kernteam?**
 - a. Welche Berufsgruppen, Professionen, Personen werden eingesetzt?
 - b. Sind die Personen speziell geschult?
 - c. Wäre eine weitere Berufsgruppe/Qualifikation im Team wünschenswert? Wenn ja, welche und in welchem Umfang?
8. **Welche Aufgaben und Kernleistungen werden angeboten?**
 - a. Was ist alles im Leistungspaket enthalten (Beratung, Behandlung, Vermittlung, Gesundheitsförderungsangebote wie z. B. Bewegungsangebote, Gruppenangebote, Übersetzung, ...)?
 - b. Können Sie uns erzählen, wie Beratungsleistungen normalerweise aussehen? Zu welchen Themen und durch wen wird beraten?
 - c. Wie werden diese Leistungen dokumentiert?
9. **Wie sieht die (Weiter-)Vermittlung von Personen zu adäquaten Angeboten konkret aus?**
 - a. Inwiefern ist die Koordination von Leistungen (Organisation, Identifikation von Bedarfen, Abstimmung zwischen Dienstleistenden, ...) Teil Ihres Angebots?
 - b. Zu welchen Angeboten wird vermittelt (Leistungen medizinisch/sozial/gesundheitsfördernd, Vereine, ...)?
 - c. Von wem und inwiefern werden Personen zu Ihnen vermittelt?
 - d. Werden die betroffenen Personen dorthin begleitet, wie wird der Erfolg der Vermittlung sichergestellt?

Themenbereich Herausforderungen

10. **Was sind die größten Herausforderungen im jeweiligen Projekt/Netzwerk/Angebot?**
 - a. Wie kann den Herausforderungen begegnet werden?
 - b. Welche Lösungsansätze gibt es und was davon bewährt sich (nicht)?

Themenbereich Organisation und Finanzierung

11. Wie ist das Projekt organisiert (Organisationsform)?

- a. Welche Rechtsform besteht? Wer ist der Träger?
- b. Was sind die Rahmenbedingungen, was ist die Organisationsform?
- c. Wem gegenüber besteht Rechenschaftspflicht?

12. Wie ist die Finanzierung des Projekts derzeit gesichert?

- a. Woher kommen die finanziellen Mittel?
- b. Gibt es eine langfristige Perspektive? Ist die nachhaltige Finanzierung gesichert?

Weiterentwicklungs- und Zukunftsperspektive

13. Abschließend würde uns noch interessieren, welche Zukunftsperspektive Sie für das Projekt / die Initiative sehen.

- a. Gibt es Weiterentwicklungsschritte, die Sie in den nächsten Jahren angehen wollen?
Welche Schwerpunkte sollen gesetzt werden?
- b. Welche Hürden werden gesehen?
- c. Welche Vision wird verfolgt?
- d. Welche Schritte wären aus Ihrer Sicht auf übergeordneter/politischer Ebene nötig?
- e. Wären Sie interessiert, sich an einer Pilotierung einer umfassenden Implementierung zu beteiligen?

Abschluss

- » Gibt es noch etwas, das Sie ergänzen möchten?
- » Dürfen wir Sie bei konkreten Fragen zu Ihrem Projekt neuerlich kontaktieren?
- » Soll der Bericht an Sie übermittelt werden?

Anhang B: Tabellarischer Überblick über die analysierten Modelle

Tabelle 2:
Übersicht über die Initiativen 1–6

Initiative / Projekt	Gesundheitsdrehscheibe (Stadt Graz)	Pflegedrehscheibe (Steiermark)	GES.UND Büro Haslach	Gesunde Gemeinde Kapfenberg (schriftliche Rückmeldung)	FEM Med (Wien)	Gesundheitsnetzwerk Raabtal
Problemstellung	bestehende Ressourcen reichen nicht, Navigation der Bevölkerung, Beratung nötig, Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten	komplexes System; Bedarf an unabhängiger Beratung und Hilfestellung für Pflegebedürftige und deren Angehörige; Koordination und Orientierung im Pflegesystem ist notwendig	Gesundheitsförderung näher an/in die PV zu bekommen. Verbinden von Medizin und Sozialem	Lücke bei Information/Aufklärung und Angebote im Bereich Pflege, Betreuung etc., Belastung für pflegende Angehörige, wenig Hilfe bei Demenzerkrankung	Bedarf an mehrsprachiger, niederschwelliger Anlaufstelle zu Frauen(-gesundheits-)themen und GM; Zielgruppe braucht Anlaufstelle für Beratung und Navigation -> Während der Pandemie wurden gute Erfahrungen mit niederschwelligem mehrsprachigen Infopoint am Reumannplatz gemacht.	Qualität in der Gesundheitsversorgung; Lücken durch geringe Multiprofessionalität, Prävention und Gesundheitsförderung
Zielsetzung	Patientennavigation, Beratung, Verbesserung der Gesundheit und Patientenzufriedenheit, vermeidbare Krankenhausaufenthalte reduzieren; Gerechtigkeit und Angebotsgleichheit herstellen	Koordination, Unterstützung und Organisation von Leistungen (Sach- und Geldleistungen) für pflegebedürftige Personen	Community-oriented Primary Care (Basis); Mittels SP + LW, Brücke zwischen PVE und Gemeinde schaffen Netzwerkmanagement, Sensibilisierung der Bevölkerung, Beratung, Vermittlung	Vernetzung von Gesundheits- und Pflegebereich, Sichtbarmachen des gesamten Angebotes, Senior:innen sollen lange zu Hause leben, Umsetzung Demenzstrategien	Deckung des gesundheitsbezogenen Informationsbedarfs, Erleichterung der Navigation im Gesundheitssystem	Umsetzung von Multiprofessionalität, Kombination von Gesundheitsförderung mit Gesundheitsversorgung, optimale Versorgung der Bevölkerung
Zielgruppe	alle Grazer:innen mit und ohne Versicherung und Aufenthaltsstatus; Fokus: chronisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund; Jugendliche mit psychischen Problemlagen	Pflegebedürftige aller Altersgruppen und deren Angehörige, Menschen mit Behinderungen und jüngere Personen (vermehrt Weitervermittlung zu passenderen Stellen)	Gesamte Bevölkerung: keine Einschränkung auf Diagnose, Versicherungsschutz. Personen mit Migrationserfahrung, deren Muttersprache nicht deutsch ist.	Senior:innen 65 +, Betroffene und deren Angehörige	primär: Frauen aller Altersgruppen; Männer auch (zu bestimmten Zeiten)	gesamte Bevölkerung; Ausnahme: Personen außerhalb des Einzugsgebiets und Personen, die in der Sekundärversorgung gut versorgt werden können
Organisationsform	Beratungseinrichtung des Gesundheitsamts des Magistrat Graz; Kombination aus Community Nursing, Stadt Graz (Lead) und EU-Projekt	trägerunabhängige Initiative des Landes Steiermark (umfasst Beratung, Care Management und	Modellprojekt Kommunale Gesundheitsförderung und Primärversorgung in Haslach an der Mühl	CN beim gemeindenahehen Verein ISGS Kapfenberg angestellt	Umgesetzt wird FEM Med vom Institut für Frauen- und Männergesundheit, dem Träger von FEM, FEM Süd und MEN.	Das Netzwerk ist als Verein organisiert und besteht aus drei Hausarztpraxen und Therapiezentren mit eigener Rechtsform.

Initiative / Projekt	Gesundheitsdrehscheibe (Stadt Graz)	Pflegedrehscheibe (Steiermark)	GES.UND Büro Haslach	Gesunde Gemeinde Kapfenberg (schriftliche Rückmeldung)	FEM Med (Wien)	Gesundheitsnetzwerk Raabtal
Aufgaben/ Kernleistungen	Gesundheitsförderung, Prävention, Vernetzung, Koordination und Beratung	Netzwerkarbeit) Beratung, Case Management, Vermittlung, Koordination und Organisation von Pflegedienstleistungen (u. a. Hausbesuche, Hilfsmittelbeschaffung, Antragstellung)	Beratung, Vermittlung, Netzwerkmanagement, Aufbau von sozialen Gemeinschaftsaktivitäten, bei medizinisch-therapeutischen Problemen wird in die PVE vermittelt, Sensibilisierung der Bevölkerung (Was alles ist Gesundheit?)	präventive Hausbesuche, Sprechstunden im Büro und den Stadtteilen, soziale Teilhabe, Stadtpaziergänge, Vorträge, Workshops zu GF und Prävention, Demenzberatung, Vernetzung	Beratung insbesondere zu Frauengesundheit (Fokus mehrsprachig: DT, EN, Türkisch, Arabisch, BKS und Dari/Farsi/Paschtu), Vermittlung und Unterstützung, mobile Vorsorgeuntersuchungen (in Kooperation mit MA 15); keine Behandlung vor Ort	Heilbehandlung (kurative Versorgung), Gesundheitsförderung/Prävention, Begleitung chronisch erkrankter Menschen, Koordination, Netzwerkmanagement, diverse Gruppenangebote
Teamzusammensetzung	4 DGKP als Community Nurses, 2 Sozialarbeiter:innen, 1 Psychotherapeutin, 1 Physiotherapeutin, 2 EU-Projektmanager:innen	ausschließlich DGKP mit teils speziellen Weiterbildungen wie Case und Care Management, Public Health; Einschulung zu rechtlichen Themen wird vom Land Steiermark organisiert	2 Mitarbeiterinnen: gesamt 25 Wochenstunden, 1 Pädagogin mit Migrationserfahrung positiv: Kenntnis des regionalen Angebots	2 DGKP als CN im Ausmaß von 2 VZÄ	multidisziplinäres Team (rund 5 VZÄ): DGKP, medizinisches Fachpersonal (Gynäkologie, Innere Medizin, Allgemeinmedizin), Sozialarbeit, Psychologinnen	Allgemeinmediziner:innen, DGKP, Berufsangehörige der Diätologie, Physio-, Ergo-, Logotherapie (disloziert), Psychotherapie; PVE-Managerin und Koordinatorin; Ordinationsassistentinnen mit anderer Erstsprache als Deutsch
Dokumentation	keine Angabe	Standardsoftware: Word, Excel	dokumentiert: TN-Zahl von Angeboten (nur intern), 1x im Monat kein Zugang auf PVE-Doku, kein Zugriff auf e-card	keine Angabe	Software: Outlook, Excel, Word; Identifikation passender Infrastruktur für Dokumentation ist herausfordernd, derzeit mehrere Dokumentationssysteme; kein Zugriff auf e-card	Praxissoftware; Netzwerkdokumentation wird entwickelt (komplex, kosten- und zeintensiv), keine gemeinsame Patientendokumentation
Finanzierung	Aufbau im Rahmen eines EU-Projekts in Kombination mit Fördermitteln des CN-Projekts und der Stadt Graz; danach: Referat in der Stadt Graz und somit langzeitfinanziert	durch das Land Steiermark; keine Befristung der Mittel und Dienstverhältnisse	FGÖ + BMSGPK + Forschungsförderung der ÖGK Kosten: 80.000 pro Jahr	100%ige Förderung des Bundes über die GÖG	von der Landeszielsteuerung Wien bis Ende 2025 mit Option auf Verlängerung	durch ÖGK Burgenland, Land Burgenland, Anschubfinanzierung durch andere Fördergelder; langfristige Finanzierung der PVE durch Kassenverträge, jedoch begrenzte Mittel für GF
Herausforderungen	Aufbau, um die gewünschte Qualität zu erreichen, Partizipation im Team, Projekte mit Partnerinnen und Partnern entwickeln	Integration und Koordination von CN, verschiedene Dienstverhältnisse und strukturelle Unterschiede	Finanzierung: bald zu Ende -> dzt. Verhandlungen mit ÖGK und Land OÖ, auch EU-Projekt eingereicht für ev. weitere	Bekanntmachung, Positionierung, Vernetzung, Angebote im mobilen, teilstationären und stationären	hoher Bedarf an ärztlicher Unterstützung und Informationen in Erstsprache; Kooperationen sind lose und nicht fest im System verankert, Nostifikationsprozess im Bereich der	finanzielle und personelle Ressourcen, v. a. bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention, Umdenken und spezielle

Initiative / Projekt	Gesundheitsdrehscheibe (Stadt Graz)	Pflegedrehscheibe (Steiermark)	GES.UND Büro Haslach	Gesunde Gemeinde Kapfenberg (schriftliche Rückmeldung)	FEM Med (Wien)	Gesundheitsnetzwerk Raabtal
		bei CN, Abgrenzung der Zuständigkeiten zwischen CN und Pflegedrehscheibe	Finanzierung; Zeit und Geduld für das Entwickeln von Gemeinschaftsaktivitäten (lohnt sich), das Abholen der Menschen (Moderation)	Bereich finden, Anschlussfinanzierung	Gesundheitsberufe (langwierig)	Ausbildung in allen Gesundheitsberufen ist notwendig; hoher Bedarf an Sozialarbeit, jedoch geringe finanzielle Mittel
Zukunfts- perspektive	Referat der Stadt Graz bietet gute Zukunftsperspektive = Struktur als Dauerberatungsstelle; neues PV-Gesetz als potenzielle Entwicklungsperspektive für „städtisches PVE-Netzwerk“, derzeit Kooperation mit 5 bis 6 Hausarztpraxen	Überlegungen zur Eingliederung von CN und Verbesserung der Dienstleistungs-koordination; umfassende Implementierung von CN wird überlegt, jedoch noch unsicher	derzeit keine	CN haben sich bereits sehr bewährt, zukunftsfähige Initiative	Vision einer Umsetzung in anderen Bezirken und Zielgruppenorientierung in anderen Projekten; Ziel: Kliniken entlasten, Frauen besser in das Gesundheitssystem integrieren, mehrsprachige ärztliche Betreuung fördern	weiter Multiprofessionalität leben und weiterentwickeln; Netzwerk und niederschwellige aufsuchende Leistungen verstärken, stärkere Einbindung der Gemeinde und Ausbau der Präventionsarbeit
Anschlüsse an bestehende Entwicklungen	Social Prescribing, Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten, Erfahrungen aus Slowenien (in Zuge des EU-Projekts)	Anlehnung an Pflege- und Gesundheitsdrehscheibe der Stadt Graz	SP erfolgt durch internes LW in PVE und externes LW im Gesundheitsbüro.	Vernetzung mit CN in Stattegg und Hart bei Graz	Orientierung an SP, Gesundheitskiosk Hamburg, Gesundheitsdrehscheibe Graz	Orientierung an internationalen Beispielen der PV, Zusammenarbeit mit anderen Netzwerken und PVE

DGKP = Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson; GM = Gendermedizin; CN = Community Nurse; SP = Social Prescribing; LW = Link Working; BKS = Bosnisch/Kroatisch/Serbisch; VZÄ = Vollzeitäquivalent(e); PV = Primärversorgung; PVE = Primärversorgungseinheit

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle 3:
Übersicht über die Initiativen 7-11

Initiative / Projekt	Modellregion Gesundheitskompetenz Liezen	Sozial-Info im Wohnzimmer Leibnitz	Gesund in Vorau – Gesundheit Vorau(s) / Gesunde Region Vorau	Koordinationsstelle für Prävention; Präventionspfad	Gesundheitsbüro Leonding (Arbeitsstelle) (in Planung, schriftliche Rückmeldung)
Problemstellung	Mangel an GF/GK-Angeboten, mangelnde Navigations- und Koordinationsunterstützung	fehlender konsumfreier und kostenloser Begegnungsort für (zugezogene) Bürger:innen, viele regionale Angebote vorhanden, aber keine Info-, Koordinierungsstelle für Bürger:innen	Anliegen, dass es GF-Angebote für die Bevölkerung gibt, schwierig am Land, da wenig vorhanden ist, wenig Koordination der Angebote	Lücke bei potenziellen Gesundheitsrisiken, die im Zuge von Vorsorgeuntersuchungen erkannt werden -> Ressourcen und Wissen für Prävention fehlt und Nachhaltigkeit und Vermittlungsstelle	niederschwellige Anlaufstelle für Bürger:innen fehlt, Bedarf wegen unterschiedlicher Problem- und Fragestellungen vorhanden, unübersichtliche, kaum vernetzte Angebotslage, deshalb auch für Bürger:innen schwer zu fassen
Zielsetzung	Steigerung der Gesundheitskompetenz und verbesserte Orientierung	Bürgerbeteiligung, Sozial-Info als Infostelle, aber auch Beratung (braucht es oft vorab), Begegnungsort schaffen, Navigation, Vermittlung an und Schaffen von neuen bedarfsorientierten Angeboten, Gesundheitsförderung (war anfangs kein Ziel), Prävention	Gesundheitsvorsorge im ländlichen Raum stärken, Angebote in die Region holen, Bürgerbeteiligung, GF und Sozialangebote für Bürger:innen schaffen, Niederschwelligkeit, Chancengerechtigkeit fördern	Prävention potenzieller Gesundheitsrisiken, erfolgreiche und nachhaltige Vermittlung an bedürfnisorientiertes Angebot, Aufbau eines Netzwerks inkl. Netzwerkpflege, Stärken der GK der Bevölkerung. Angebote: Bluthochdruck, Ernährung, Bewegung, Raucherentwöhnung, Suchtmanagement, psychische Gesundheit, sexuelle Gesundheit	Netzwerkarbeit, Beratung und Weitervermittlung, Erhöhung der Versorgungseffizienz, Ausbau hinsichtlich bestehender Lücken, Förderung sozialer Teilhabe und gesundheitlicher Chancengerechtigkeit, GK, Navigationskompetenz, GF, Prävention
Zielgruppe	Gesamtbevölkerung, insbesondere Menschen mit geringer GK	Gesamtbevölkerung, ältere Menschen	Gesamtbevölkerung	Menschen, die aus Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten eine Präventionsmaßnahme brauchen, Gesamtbevölkerung ab 18 Jahre	Gesamtbevölkerung
Organisationsform	Projekt ist als Modellregion für GF und GK konzipiert, wird über das Regionalmanagement abgewickelt	Träger = „berufliches und soziales Kompetenzzentrum“; Wohnzimmer bzw. Café finanziert sich von selbst, darin das Sozialbüro und Räumlichkeiten, die vermietet/verpachtet werden	angesiedelt in der Gemeinde	angesiedelt im Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol; Koordinationsstelle für Prävention	noch nicht pilotiert
Aufgaben / Kernleistungen	Bedarfs- und Angebotsanalysen, Durchführung öffentlichkeitswirksamer Veranstaltungen, Kommunikationstrainings, Gesundheitsförderungsangebote für Kinder und Eltern, Strategieentwicklung	Vernetzung von Vielfalt an Menschen, Integration, Partizipation, Infostelle, aber auch Beratung, Begegnungsort, Navigation, Vermittlung, Schaffen von neuen Angeboten, GF (war anfangs kein Ziel), Prävention	Information, Koordination, Beratung, Unterstützung, Vernetzung/Kooperation, Organisation/Konzeption, Beratung der regionalen Politik bei Umsetzung von Projekten, um Gesundheitsaspekt mitzudenken	Netzwerkmanagement (auch Qualitätssicherung der Angebote), telefonische Beratung, Vermittlung an bedürfnisorientierte Angebote, regelmäßige Unterstützung/Nachfrage	Beratung, Vermittlung, Vernetzung der Anbieter:innen im Sozial- und Gesundheitsbereich

Initiative / Projekt	Modellregion Gesundheitskompetenz Liezen	Sozial-Info im Wohnzimmer Leibnitz	Gesund in Vorau – Gesundheit Vorau(s) / Gesunde Region Vorau	Koordinationsstelle für Prävention; Präventionspfad	Gesundheitsbüro Leonding (Arbeitstitel) (in Planung, schriftliche Rückmeldung)
Teamzusammensetzung	geplant: Gesundheitskoordinatorinnen bzw. -koordinatoren für jede Kleinregion, Fokus auf Organisationstalent und regionaler Verankerung, ggf. Gesundheitsberufe einsetzen	1x 30 h (kein Gesundheitsberuf) 1x freiwillige Person (nur für bestimmtes Angebot im Einsatz)	1 VZÄ -> Sportwissenschaftler (Weiterbildungen absolviert); tlw. in Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Personen	2 MA -> zusammen 1 VZÄ, 1x 50 % Unterstützung kommt dazu; persönliche Kompetenz steht im Vordergrund	Initiative noch nicht in Betrieb; schön wären Personen mit Ausbildung in Case und Care Management-
Dokumentation	keine Angabe	nur eigene Dokumentation, keine Nachweispflicht	Excel: erster Kontakt und Verlauf (Anfrage, Alter, Geschlecht, Anliegen); Thema: Bewegung, Ernährung, mentale Gesundheit etc.; Bericht an Land	Excel: wichtigste Informationen werden an Hausärztinnen und Hausärzte rückgemeldet	notwendig und vorgesehen
Finanzierung	Gesundheitsfonds Steiermark (und Land Steiermark)	dauerfinanziert; Leiter des Sozialbüros ist bei Stadtgemeinde angestellt. Zukunft: eventuell Synergien für Community Health Nurses nutzbar	Land Steiermark, Gesundheitsressort, jährliches Ansuchen, grundsätzlich auf Dauer; Finanzierung 50 % Land, 50 % Gemeinde	keine Finanzierung vorhanden; funktioniert nur über Vorsorgeuntersuchungen	Plan ist, dauerhaftes Angebot in Leonding zu etablieren
Herausforderungen	Identifizierung, Abgrenzung, Erreichung der Zielgruppe, Aufklärungs- und Bewusstseinsbildung bezüglich GK, dauerhaftes politisches Commitment	seit Beginn nur 1 MA in Sozialinfostelle tätig -> nicht nachhaltig, Anstellung einer weiteren Person angestrebt	mehr Personal, um größere Region zu betreuen, Rechtfertigung der Position, Legitimation immer wieder Thema	viel Zeit für den Aufbau, regelmäßige Qualitätssicherung der Angebote, da oft falsche Informationen weitergegeben werden, keine Unterstützung vom Land Tirol, GK der Bevölkerung aufbauen	Netzwerkaufbau und Kooperation, Etablieren des Angebots und der Inanspruchnahme
Zukunftsperspektive	Entwicklung eines leicht zugänglichen Navigationssystems für jede Kleinregion im Bezirk und in jeder Gemeinde, Förderung von GK und GF, Attraktivitätssteigerung der Region als Wohn- und Arbeitsort	Co-Working: war von Beginn an Überlegung, wurde nicht weiterverfolgt, gemeinsamer Kalender für Wohnzimmer und Sozial-Info, Fachpersonal für Sozial-Info mit psychologischer Ausbildung etc.	Gesundheitskoordinator:in auf regionaler Ebene, Gesundheitsangebote zusammenführen und koordinieren, Akteure aus Gesundheits-/Sozialbereich vernetzen, Bedarfsanalysen durchführen	Aufbau Kinderpfad für 2024	Pilotierung in Leonding realisieren
Anschlüsse an bestehende Entwicklungen	Arbeiten der ÖGPK	vielleicht künftig mit Community Health Nurses, SP	Berufsbild entwickelt aus Community Health Worker (USA) und Public Health Coordinator (Schweden/Norwegen)	keine Angabe	keine Angabe

GK = Gesundheitskompetenz; GF = Gesundheitsförderung; MA = Mitarbeiter:innen; SP = Social Prescribing; VZÄ = Vollzeitäquivalent(e)

Quelle und Darstellung: GÖG