

Wie neue Versorgungsformen zu mehr Gesundheit beitragen können



© sevwteam - stock.adobe.com

Primärversorgung gesundheitsorientiert gedacht

Neue Herausforderungen brauchen neue Lösungsansätze

Gesellschaftliche Herausforderungen wie die Zunahme von chronischen Erkrankungen und der demografische Wandel, schlechte Gesundheitskompetenz und steigende Kosten für Krankenbehandlung sowie geänderte Ansprüche der Gesundheitsberufe an ihr Arbeitsumfeld legen eine Stärkung der primären Gesundheitsversorgung, aber auch eine Re-Orientierung der Versorgung nahe.

Eine reine Reparaturmedizin wird den angeführten Anforderungen nicht gerecht, es braucht neben einer optimierten Krankenbehandlung auch eine gesundheitsorientierte Vorgehensweise. Eine stärkere Ausrichtung der neuen, interprofessionell besetzten Primärversorgungseinheiten an Gesundheit und Gesundheitsförderung kann einen Beitrag zur Bewältigung dieser Herausforderungen leisten: Die Integration von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in die neuen Primärversorgungseinheiten ermöglicht es, einerseits die Patientinnen und Patienten umfassender zu betreuen sowie ihre Ressourcen zum Selbstmanagement von Gesundheit und Krankheit zu steigern. Andererseits können gesundheitsfördernde Maßnahmen zu einer Attraktivierung der Tätigkeit des Primärversorgungsteams beitragen. Die positiven Auswirkungen der interprofessionellen Zusammenarbeit, wie sie im Rahmen der neuen Primärversorgungseinheiten gelebt werden soll, wurden zudem vielfach bestätigt. Günstig dabei ist, dass auch die

Allgemeinmedizin die Gesundheitsförderung als eine ihre Aufgaben sieht,¹ für ihre Umsetzung braucht sie aber die nötigen Rahmenbedingungen.

Der niedergelassene Arzt ist, sieht man von der Laienversorgung ab, bei Gesundheitsproblemen grundsätzlich der erste Ansprechpartner der Bevölkerung. Damit steht die Primärversorgung dem Lebensraum der Menschen von allen Versorgungsebenen am nächsten. Dies ist speziell für die Gesundheitsförderung von besonderer Bedeutung, schließlich entsteht die Gesundheit primär dort, wo Menschen leben und arbeiten (WHO 1986). Durch die unmittelbare Erreichbarkeit von Menschen in der Primärversorgung können neben der Förderung von Gesundheit und der Vermeidung von Krankheiten auch Themen transportiert werden, die helfen, die Effizienz in der Krankenbehandlung zu steigern.

Eine an Gesundheit orientierte Primärversorgung kann z. B. Menschen dabei unterstützen, ihre Gesundheitskompetenz zu steigern und ihr Gesundheits- und Krankheitsmanagement zu verbessern. Durch verschiedene Maßnahmen werden die Ressourcen von Menschen gestärkt und der Alltag in Bezug auf Gesundheit und Krankheit besser bewältigt. Am Beispiel chronisch kranker Menschen kann gut verdeutlicht werden, dass eine Person nicht ausschließlich nur krank ist. Auch in diesem Fall können die verbliebenen Ressourcen gestärkt und gleichzeitig die Gesundheitskompetenz der Betroffenen gesteigert werden. So kann auch für kranke Menschen eine



© ETH

Mag. Dr. Daniela Rojatz
ist wissenschaftliche
Mitarbeiterin an der Gesund-
heit Österreich GmbH.



Mag. Beate Atzler MPH
ist Geschäftsführerin des
Instituts für Gesundheits-
förderung und Prävention.

¹ https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/EUROPAISCHE_DEFINITION%20DER_ALLGEMEINMEDIZIN_HAUSARZTMEDIZIN.pdf

gesundheitsorientierte Primärversorgungseinrichtung einen großen Nutzen mit sich bringen und zu mehr Gesundheit und Wohlbefinden führen.

Die Re-Orientierung der Gesundheitsdienste in Richtung Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention ist seit der Ottawa-Charta ein zentrales Bestreben (WHO 1986). Sowohl innerhalb der Sozialversicherung als auch im Rahmen des Österreichischen Netzwerks gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG) wurden in den letzten 25 Jahren vielfältige Erfahrungen in der Umsetzung von Gesundheitsförderung, u. a. auch in Einrichtungen der Krankenbehandlung, gesammelt. Die Primärversorgung in Österreich ist davon aber bis vor kurzem weitgehend unberührt geblieben.

Mit dem Beschluss des neuen Primärversorgungskonzeptes änderte sich dies. Prävention und Gesundheitsförderung sind seither fixer Bestandteil der interprofessionell besetzten Primärversorgungseinheit. Im Primärversorgungskonzept (BMG 2014), im Primärversorgungsgesetz (PrimVG 2017) und im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (BMGF 2017) sind Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz als Aufgabe der Primärversorgungseinheiten und als Kernkompetenzen des Primärversorgungsteams verankert. Krankenversorgung und Gesundheitsförderung haben zwar unterschiedliche Zugänge, verfolgen aber dasselbe Ziel: die Gesundheit wiederherzustellen bzw. zu stärken (Rojatz/Nowak 2019). Obgleich die Gesundheitsförderung ein Bestandteil der Definition der Allgemeinmedizin ist,² zeigen Studien, dass das Gesundheitsförderungsverständnis von österreichischen Hausärzten bisher eher vage ausgeprägt ist und darunter insbesondere präventive Maßnahmen verstanden werden (Rumpelsberger 2013; Schein 2012).

Von der Herausforderung zur Idee des Projekts

Mit einem gemeinsam vom „Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger“ und dem „Fonds Gesundes Österreich“ (FGÖ) finanzierten Projekt, das die systematische Implementierung des neuen Aufgabenbereichs „Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz“ in Primärversorgungseinheiten unterstützt, sollen mit allen Beteiligten praktische Ansatzpunkte zur Stärkung der Gesundheitsorientierung erarbeitet und erprobt werden, damit die definierten Ansprüche an die Primärversorgung auch praktische Umsetzung finden. Die systematische Implementierung dieses neuen Aufgabenbereichs in den neuen Primärversorgungseinheiten ist Ziel dieser aktuellen Projektbemühungen. Umgesetzt wird das Projekt von der Gesund-

heit Österreich GmbH (GÖG) und dem Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH (IfGP). Gesundheitsorientierung kann nicht per Gesetz oder nur durch vertragliche Regelungen in die Umsetzung gebracht und mit Leben erfüllt werden. Es braucht eine gemeinsame Entwicklungsarbeit aller systemrelevanter Akteure. Es braucht eine gemeinsame Entwicklungsarbeit aller systemrelevanter Akteure und aller Ebenen. Dazu zählen insbesondere Gesundheitspolitik, Finanziers, Primärversorgungsteams und wissenschaftliche Experten. Ziel ist es, Ergebnisse zu generieren, die bestmöglich am Bedarf und an den Bedürfnissen in der Praxis auszurichten.

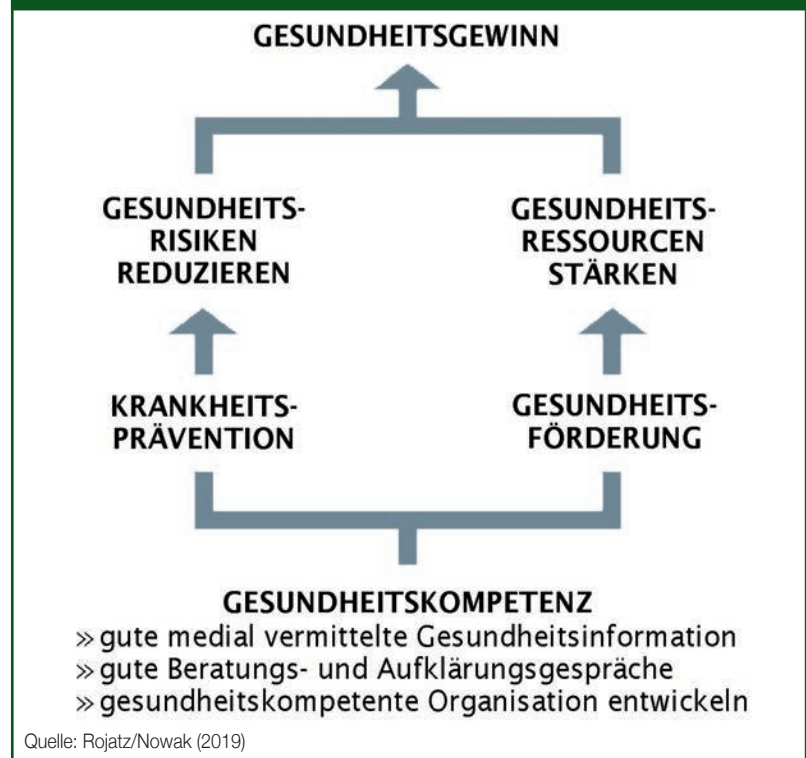
Gesundheit – so selbstverständlich, aber doch unklar

„Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“, besagt ein bekanntes Sprichwort. Grundprämisse des Projekts ist es daher, dass die Gesundheit grundlegender ist als die Krankheit und auch bei Vorliegen einer Erkrankung gesunde Anteile vorhanden sind, die gestärkt werden können. Gesundheit kann dabei als Prozess oder Fähigkeit verstanden werden, sich an die sozialen, körperlichen und emotionalen Herausforderungen anzupassen und sein Leben möglichst selbstbestimmt zu gestalten (Huber et al. 2011).

Ein Gewinn an Gesundheit kann nicht nur durch Krankenbehandlung, sondern auch durch diverse

Eine partizipative Entwicklungsarbeit ist zentral für praxistaugliche Tools.

Abbildung 1: Gesundheitsgewinn durch Orientierung an Gesundheit



² https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/EUROPAISCHE_DEFINITION%20DER_ALLGEMEINMEDIZIN_HAUSARZTMEDIZIN.pdf



© Monster Studio - stock.adobe.com

Theoretische Konzepte für die Praxis aufschließen.

Maßnahmen der Krankheitsprävention, der Gesundheitsförderung und der Gesundheitskompetenz erzielt werden.

Studien belegen, dass das Grundlagenwissen zu den drei Bereichen Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz bei den Gesundheitsberufen teilweise vage ist (Rumpelsberger 2013; Schein 2012), weshalb es an dieser Stelle sinnvoll erscheint, die grundlegenden Eckpunkte kurz auszuführen.

Krankheitsprävention ist die Vermeidung und Verhütung von Krankheitsrisiken in unterschiedlichen Stadien einer Erkrankung: vor ihrem Eintreten, beim Auftreten erster Symptome und beim Ausbruch bzw. bei Bestehen einer Erkrankung (Franzkowiak 2018). Insbesondere ein frühzeitiges Erkennen von Krankheitsrisiken und ersten Symptomen ermöglicht ein Einleiten von Maßnahmen und damit ein Verhindern von späteren Folgen. Unterschieden werden kann zwischen individuellen, verhaltensbezogenen Maßnahmen (z. B. Reduktion von Alkohol- oder Nikotinkonsum) und verhältnisbezogenen Maßnahmen (z. B. sichere Kreuzung, sichere Fahrradwege).

Gesundheitsförderung orientiert sich im Unterschied dazu an den vorhandenen Ressourcen einer Person bzw. ihres sozialen Netzwerks. Diese sollen gestärkt werden, damit die Person besser mit den alltäglichen Herausforderungen umgehen kann und mehr Kontrolle über ihre Gesundheit erhält (WHO 1986). Der dahinterstehende Ansatz zielt darauf ab, sowohl gesundheitsrelevante Lebensweisen (Verhalten) als auch gesundheitsrelevante Lebensbedingungen (Verhältnisse) zu verbessern. Gesundheitsförderung ist damit proaktiv und tendenziell bevölkerungsorientierter als Prävention, geht es doch neben der individuellen Gesundheit auch darum, gesunde Lebensbedingungen zu schaffen.

„Gesundheitskompetenz ist verknüpft mit Bildung und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen in Bezug darauf, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, welche die Lebensqualität im gesamten Lebensverlauf erhalten oder verbessern“ (Sørensen et al. 2012, zitiert nach Kickbusch et al. 2016, S. 6). Gesundheitskompetenz ist ein relationales Konzept und hängt sowohl von den Fähigkeiten einer Person als auch von den Anforderungen der Umwelt ab, die an diese Person gestellt werden (<https://oepgk.at/gesundheitskompetenz-was-ist-das>).

Von der Projektidee zur Umsetzung

Wie gelingt es aber nun diese theoretischen Konzepte in die Wirklichkeit der Primärversorgungseinheiten, der Finanziere und institutionellen Stakeholder zu bringen? Es braucht Ansatzpunkte in den unterschiedlichen Phasen der Umsetzung und auf unterschiedlichsten Ebenen. Wie im Projekt bisher vorgegangen wurde und welche Ergebnisse in den unterschiedlichen Einsatzgebieten und für die unterschiedlichen Zielgruppen generiert wurden, soll anhand der ersten drei konkreten Produkten beschrieben werden.

Produkt 1: Idealmodell einer an Gesundheit orientierten Primärversorgungseinheit

Ein gemeinsames Verständnis ist die Grundlage für ein gemeinsames Vorgehen von Gesundheitsberufen, Finanzierern und dem Projektteam. Es wurden daher die konzeptuellen Grundlagen von Gesundheit, Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz aufbereitet und an einer Arbeitsdefinition von einer an Gesundheit orientierten Primärversorgungseinheit gearbeitet.

Eine an Gesundheit orientierte PVE steht für die Vision einer biopsychosozialen personenzentrierten und bevölkerungsorientierten Versorgung, welche Menschen ganzheitlich und in ihrem sozialen Umfeld betrachtet und sie im Lebensverlauf unterstützt und begleitet.

Wesentlich dabei ist, dass Maßnahmen der Krankheitsprävention, der Gesundheitsförderung und der Gesundheitskompetenz nicht nur als Zusatzangebote (Add-ons) in der Primärversorgungseinheit angeboten, sondern als Add-in-Maßnahmen in die alltäglichen Abläufe der Primärversorgungseinrichtung integriert werden sollen.

Zielgruppe einer an Gesundheit orientierten Primär-

versorgungseinheit sind alle Akteure, die mit der Primärversorgungseinheit in Verbindung stehen:

- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Primärversorgungseinheit: Durch Maßnahmen der „Betrieblichen Gesundheitsförderung“ oder den Erwerb von entsprechenden Zusatzqualifikationen sollen hier die Gesundheitsressourcen sowie die Gesundheitskompetenz gestärkt werden (z. B. durch ein gutes Gesprächsklima bei Teambesprechungen oder die Fähigkeit, selbst gute Patientengespräche führen zu können).
- Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen: Die Gesundheitsressourcen von Patientinnen und Patienten werden im Behandlungsprozess berücksichtigt. Bei Bedarf wird auf regionale Angebote in den drei Bereichen hingewiesen und zu diesen vermittelt.
- Die regionale Bevölkerung: Der Bevölkerung werden proaktive Angebote gemacht (z. B. Informationsveranstaltungen). das PVE-Team kann systematische Gesundheitsrisiken oder -ressourcen (z. B. hohe Raucherquoten) identifizieren.

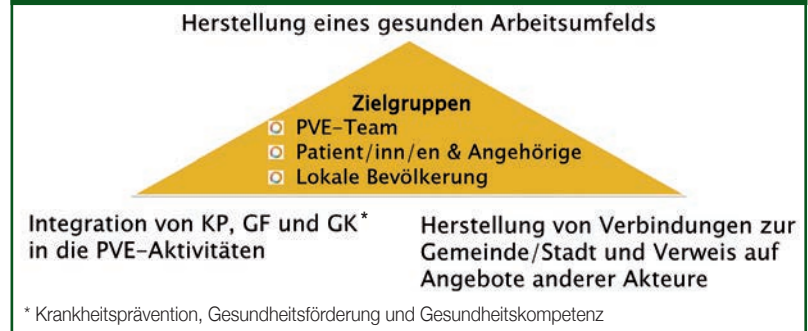
Das Idealmodell (Rojatz et al. 2018) steht unter <https://goeg.at/GFinPrimaerversorgung> bzw. <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.712886&version=1556530816> zum Download bereit. Es bildet den Rahmen für ein gemeinsames Verständnis darüber, was es heißt, Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitskompetenz in der Praxis umzusetzen.

Produkt 2: Ausfüllhilfe zum Musterversorgungskonzept

Eine Voraussetzung für die Gründung einer Primärversorgungseinheit ist die Erstellung eines Versorgungskonzeptes. Es soll das Primärversorgungsteam dabei unterstützen, ausgehend vom Versorgungsbedarf im Einzugsgebiet, u. a. die Ziele, Aktivitäten und Kooperationspartner der Primärversorgungseinheit zu planen. Zur Unterstützung von Gründern von Primärversorgungseinheiten wurde ein Musterversorgungskonzept von der Gesundheit Österreich entwickelt. Passend dazu wurde im Rahmen des Projektes eine Ausfüllhilfe entwickelt. Diese zeigt auf, in welchen Bereichen bzw. an welchen Stellen die Themen Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz einfließen können. So meint z. B. „Barrierefreiheit“ nicht nur die Zugänglichkeit der Einrichtung für Rollstuhlfahrer/-innen, sondern auch eine an die Patientinnen und Patienten angepasste Form der Kommunikation.

Die Ausfüllhilfe führt – wo möglich – auch Maßnahmen an, wie die Empfehlungen jeweils umgesetzt werden können. Die Ausfüllhilfe (Spronger et al. 2018)

Abbildung 2: Eckpunkte einer an Gesundheit orientierten Primärversorgungseinheit (PVE)



steht unter <https://goeg.at/GFinPrimaerversorgung> bzw. <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.712887&version=1562580050> zum Download bereit. Ausgehend vom Idealmodell wird in der Ausfüllhilfe eine konkrete Hilfestellung gegeben, wie Gesundheitsorientierung bereits im Versorgungskonzept berücksichtigt werden kann.

Starter-Paket zur ersten Orientierung im vielfältigen neuen Aufgabenbereich.

Produkt 3: Starter-Paket zu Gesundheitsorientierung in der Primärversorgung

Während sich das Idealmodell und die Ausfüllhilfe zum Musterversorgungskonzept insbesondere an die Gründer von Primärversorgungseinheiten in der Planungsphase wenden, richtet sich das Starter-Paket an Betreiber und Mitarbeiter/-innen von Primärversorgungseinheiten. Das Starter-Paket führt mittels 2-seitiger Informationsblätter in ausgewählte Maßnahmen der Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz ein. Das Starter-Paket enthält somit eine Auswahl von Maßnahmen, die das Primärversorgungsteam ganz rasch und einfach umsetzen kann. Beispiele hierfür sind bekannte und bereits in Umsetzung befindliche Maßnahmen wie die Vorsorgeuntersuchung, aber auch das in Österreich eher neue Social Prescribing (Woodall et al. 2018). Dabei werden Patientinnen und Patienten – ergänzend zur Weitervermittlung im medizinischen Bereich – im Hinblick auf nichtmedizinische Bedürfnisse an soziale Angebote (z. B. Urban Gardening, Nachbarschaftszentren, Fitnessclub) vermittelt, die das Wohlbefinden und damit (mittelfristig) auch den Gesundheitszustand verbessern können. Die Maßnahme trägt der Erkenntnis Rechnung, dass viele Gesundheitsprobleme nicht auf medizinische Interventionen ansprechen und durch soziale Isolation weiter verschlechtert werden.³

Darüber hinaus enthält das Starter-Paket eine Auswahl an bundesweiten Maßnahmen (u. a. Frühe Hilfen, Rauchfrei Telefon), an welche das PVE-Team Patientinnen und Patienten vermitteln kann.

³ <https://hta.lbg.ac.at/page/social-prescribing-eine-moeglichkeit-medizinische-und-soziale-leistungen-zu-integrieren/de>

Eine laufende Begleitung der Primärversorgungsteams bei der Umsetzung des Aufgabenbereichs ist wichtig.

Das Starter-Paket wurde ab Herbst 2019 durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der regionalen Gebietskrankenkassen an ausgewählte Primärversorgungseinrichtungen übergeben und in diesen pilotiert. Die Evaluationsergebnisse werden in der Folge zur Weiterentwicklung des Starter-Pakets genutzt.

Ausblick

Mit den Eckpunkten des Idealmodells, der Ausfüllhilfe zum Versorgungskonzept und dem Starter-Paket liegen konkrete Grundlagen vor, die die Berücksichtigung von Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz bei der Planung und Umsetzung von Primärversorgungseinheiten unterstützen. Diese Werkzeuge sind gute Unterstützer der Sache, aber keine „Meister“. Die Umsetzung wird letztendlich stark von den Primärversorgungsbetreibern und dem Primärversorgungsteam abhängen. Es wird sich zeigen, ob die Primärversorgungseinheiten den Nutzen der Maßnahmen erkennen, die vorgeschlagenen Maßnahmen akzeptieren und – das wird das Um und Auf sein – in ihre interprofessionelle Arbeit integrieren können. Ein Umsetzen-Können verlangt nicht nur das Wissen, gut trainierte Fertigkeiten und Motivation, sondern erfordert auch interprofessionelle Kooperationskultur und Rahmen-

bedingungen, die eine Umsetzung ermöglichen. Hier sind insbesondere die gemeinsame Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe sowie die zeitlichen und finanziellen Ressourcen für die Umsetzung zu nennen. Wie die Diskussion in den einschlägigen Foren zeigt, gibt es eine Reihe von engagierten Ärztinnen und Ärzten sowie Angehörige anderer Gesundheitsberufe, die mit viel Engagement schon in diese Richtung arbeiten. Auch seitens der Sozialversicherungsträger ist ein großes Bemühen erkennbar, die neuen Themen gemeinsam mit den Primärversorgungseinheiten aufzubauen und nachhaltig zu verankern. Dieser gemeinschaftliche Weg sollte auch weiterhin aufrechterhalten und bestmöglich unterstützt werden.

Zur Unterstützung der gesundheitspolitischen Entwicklungen in diese Richtung stellt das Projektteam die Projektprodukte und Projektergebnisse bei einschlägigen Veranstaltungen vor, um die Fachöffentlichkeit davon zu informieren und das Thema in Diskussion zu bringen. Eine laufende Begleitung der Primärversorgungsteams bei der Umsetzung des Aufgabenbereichs erscheint zusätzlich wichtig. In einzelnen Bundesländern wird dies durch halbjährliche Vernetzungstreffen der Ansprechpersonen für Gesundheitsförderung bzw. Gesundheitskompetenz in den Einrichtungen bereits realisiert.

LITERATUR

- BMG (2014): „Das Team rund um den Hausarzt“. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Beschlossen in der Bundes-Zielsteuerungskommission am 30. Juni 2014. Bundesgesundheitsagentur und Bundesministerium für Gesundheit, Wien.
- BMGF (2017): ÖSG 2017 – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission. Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien.
- Franzkowiak, Peter (2018): Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung (letzte Aktualisierung am 28.6.2018). Aktuelle Version: doi: 10.17623/BZGA:224-i091-2.0.
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report on Health Literacy in Eight EUMember States (Second Extended and Revised Version, Date July 22nd, 2014). The European Health Literacy Survey HLS-EU, Wien.
- Huber, Machteld; Knotterus, J. André; Green, Lawrence; Horst, Henriëtte van der; Jadad, Alejandro R.; Kromhout, Daan; Leonard, Brian; Lorig, Kate; Loureiro, Maria Isabel; Meer, Jos W. M. van der; Schnabel, Paul; Smith, Richard; Weel, Chris van; Smid, Henk (2011): How should we define health? In: *BMJ* 343: d4163.
- Kickbusch, Ilona; Pelikan, Jürgen M.; Haslbeck, Jörg; Apfel, Franklin; Tsouros, Agis D. (2016): Gesundheitskompetenz. Die Fakten. Deutsche Fassung, veröffentlicht von der Careum Stiftung, Schweiz.
- PrimVG (2017) – Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz), GP XXV IA 2255/A AB 1714, S. 188. BR: AB 9882, S. 871, ausgegeben am 2. August 2017.
- Rojatz, Daniela; Nowak, Peter (2019): Gesundheitsfördernde Primärversorgung. In: *Das Österreichische Gesundheitswesen* 2019/01-02: 34–36.
- Rojatz, Daniela; Nowak, Peter; Rath, Stephanie; Atzler, Beate (2018): Primärversorgung: Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz. Grundlagen und Eckpunkte eines Idealmodells für PVE-Team und Finanzierungspartner. *Gesundheit Österreich*, Wien.
- Rumpelsberger, Karin (2013): Gesund ist, wer nicht krank ist? Subjektive Gesundheitsvorstellungen oberösterreichischer Hausärzte und ihre gegenwärtige und zukünftige Rolle. *Gesundheitswissenschaften*. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Linz.
- Schein, Susanne (2012): Was verstehen niedergelassene Allgemeinmediziner unter „Gesundheitsförderung“? Master of Public Health. Master-Arbeit. Medizinische Universität Graz – Universitätslehrgang Public Health, Graz: Medizinische Universität Graz.
- Sorensen, K.; Van den Broucke, S.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z.; Brand, H.; (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: *BMC Public Health* 12/80; <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>.
- Sprenger, Martin; Stigler, Florian; Rojatz, Daniela; Nowak, Peter (2018): Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz in der Primärversorgung. Ausfüllhilfe für PVE-Gründer/-innen zum Musterversorgungskonzept. *Gesundheit Österreich*, Wien.
- WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. WHO, Ottawa.
- Woodall, James; Trigwell, Joanne; Bunyan, Ann-Marie; Raine, Gary; Eaton, Victoria; Davis, Joanne; Hancock, Lucy; Cunningham, Mary; Wilkinson, Sue (2018): Understanding the effectiveness and mechanisms of a social prescribing service: a mixed method analysis. In: *BMC Health Services Research* 18/1, 604.