

# Info- Broschüre

Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Primärversorgung

Krankheitsprävention,  
Gesundheitsförderung und  
Gesundheitskompetenz

Was?  
Warum?  
Wie?

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einblicke in ein Aufgabenfeld der Primärversorgung</b>	<b>3</b>
<b>2. Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz</b>	<b>4</b>
2.1 Krankheitsprävention	6
2.2. Gesundheitsförderung	7
2.3. Gesundheitskompetenz	10
<b>3. Primärversorgung und Public Health</b>	<b>14</b>
3.1 Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in der Umsetzungspraxis	15
3.2 Die Aufgabenbereiche in der Umsetzungspraxis	16
<b>4. Hier finden Sie Unterstützung bei der Umsetzung</b>	<b>18</b>
<b>5. Literatur</b>	<b>19</b>

## Zitiervorschlag:

Rojatz, Daniela; Wahl, Anna; Kölldorfer, Benjamin (2023):  
Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und  
Gesundheitskompetenz in der Primärversorgung: Was? Warum? Wie?  
Infobroschüre für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Primärversorgung.  
Dachverband der Sozialversicherungsträger und  
Fonds Gesundes Österreich, Wien

Zl. P1/24/5088 und P0/24/4809

Erstellt unter Mitarbeit von Stephanie Rath,  
Institut für Gesundheitsförderung Prävention

Im Auftrag des Dachverbands der Sozialversicherungsträger  
und des Fonds Gesundes Österreich

Grafische Gestaltung: [www.gruenberg4.at](http://www.gruenberg4.at)

Illustrationen S. 6, 7, 9, 10, 13, 18, 19: shutterstock  
Foto Titelseite: shutterstock/Robert Kneschke  
Foto Rückseite: shutterstock/Alexander Rath

# 1. Primärversorgung als Teil eines umfassenden Public-Health-Ansatzes

Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz sind Begriffe, denen immer mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird. Die Zunahme an chronischen Erkrankungen verdeutlicht, dass Krankheiten nicht immer geheilt, sondern häufig „nur“ behandelt oder begleitet werden können. Die Primärversorgung setzt genau hier an: Neben der Vorbeugung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen (Krankheitsprävention) wird der Blick auf Gesundheitsressourcen (Gesundheitsförderung) und das Treffen guter Gesundheitsentscheidungen (Gesundheitskompetenz) gerichtet. Durch gezielte Maßnahmen werden Patientinnen/Patienten, die Bevölkerung, aber auch Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in ihren Gesundheitsressourcen gestärkt.

Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz wurden als zentrale Handlungsfelder für die Primärversorgung erkannt und als Aufgabenbereiche für Primärversorgungseinheiten gesetzlich verankert (BMSGPK 2021; Primärversorgungsgesetz; PrimVG 2023). Die Broschüre soll auch Einzel- und Gruppenpraxen einladen, im Rahmen ihrer Möglichkeiten gesundheitsfördernd und gesundheitskompetent zu wirken.

Die Infobroschüre gibt einen Überblick über Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz und inspiriert mit praktischen Beispielen.

**Abbildung 1.1: Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz als Aufgabenfelder der Primärversorgung**



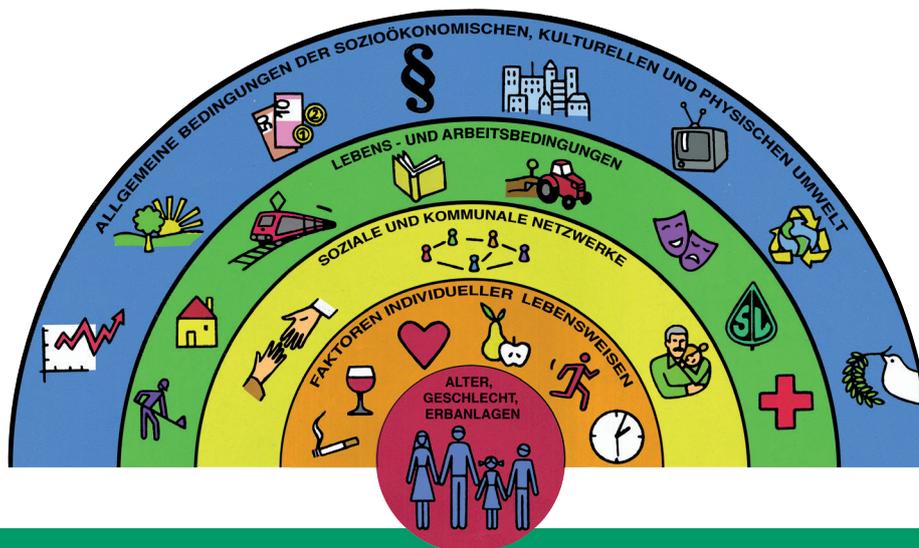
Rojatz et al. (2021)

Die Infobroschüre vermittelt einen ersten Eindruck von den Aufgabenbereichen. Alle, die sich im Detail für die konzeptuellen Grundlagen interessieren, finden auf der Plattform Primärversorgung tiefere Informationen: <https://primaerversorgung.gv.at/gesundheitsorientierung>

## 2. Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz

Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit (WHO 1986). Viele Faktoren, wie Lebensstil, Gesundheitskompetenz einer Person, soziale Netzwerke und Arbeitsbedingungen, nehmen Einfluss auf unsere Gesundheit (vgl. Abbildung 2.1). Es geht daher sowohl um das individuelle Verhalten als auch um die Lebensverhältnisse. Gesundheit ist positiv definiert als umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden.

Abb. 2.1: Determinantenmodell mit den Einflussfaktoren auf Gesundheit



Quelle: Fonds Gesundes Österreich nach Dahlgren/Whitehead (1991)

### Wie entsteht Gesundheit?

Gesundheit entsteht durch Zuversicht. Zuversicht wiederum entsteht, wenn Menschen

- Situationen und Begebenheiten aufgrund einer guten Informationsbasis richtig verstehen bzw. einordnen können,
- anstelle von Unklarheit und Unverständnis handlungsfähig sind und - im Gegensatz zum Gefühl, ohnmächtig zu sein - selbst entscheiden können,
- Sinnhaftigkeit anstelle von Sinnlosigkeit erfahren (Antonovsky 1996).

Fehlt einer dieser drei Aspekte oder sind diese schwach ausgeprägt, liegt eine Einschränkung der Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit des Menschen vor (Antonovsky 1996; Rojatz et al. 2018). Gesundheit wird damit zu einer Fähigkeit, sich an Herausforderungen sozialer, körperlicher oder emotionaler Natur anzupassen und das eigene Leben möglichst selbstbestimmt zu gestalten (Huber et al. 2011).

Menschen sind damit nicht „nur“ krank oder „nur“ gesund, sondern bewegen sich auf einem Kontinuum dazwischen. Solange Menschen leben, haben sie Gesundheitspotenziale, die gestärkt werden können!

Abb. 2.2: Gesundheits-/Krankheitskontinuum

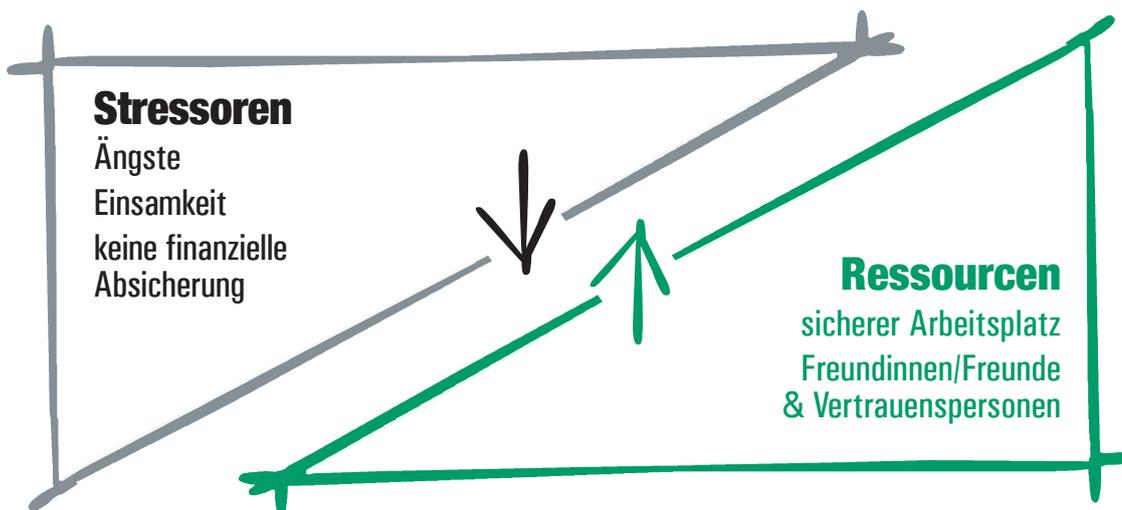


**Insidertipp:** Sprechen Sie von „Gesundheitsförderung“ und „Krankheitsprävention“ und schließen Sie den Begriff „Gesundheitsprävention“ aus Ihrem Sprachgebrauch aus. Wenngleich der Begriff manchmal gebraucht wird, er bedeutet: „Gesundheit vermeiden“. Das genaue Gegenteil wollen wir erreichen!

Je mehr Schutzfaktoren und Ressourcen den Menschen zur Verfügung stehen, desto eher sind sie in der Lage, belastende Situationen zu meistern. Gesundheit muss immer wieder neu erreicht, wiederhergestellt und aufrechterhalten werden. Dies kann durch die Stärkung der Ressourcen gefördert bzw. erzielt werden, um so Stressoren und Ressourcen wieder in Balance zu bringen.

Darstellung: GÖG, angelehnt an (Hurrelmann/Richter 2016)

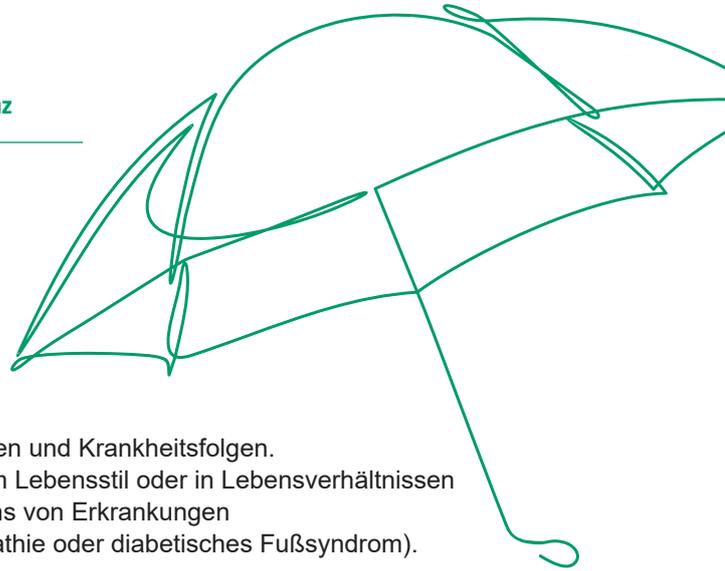
Abb. 2.3: Ressourcen und Stressoren



Quelle: GÖG

**In der Folge wird auf Möglichkeiten eingegangen, Gesundheit zu stärken durch Vermeidung von Krankheiten, Förderung der Gesundheit und Stärkung der Gesundheitskompetenz.**

## 2.1. Krankheitsprävention



### Begriffsbestimmung

#### Was meint Krankheitsprävention?

- Krankheitsprävention fokussiert auf Krankheitsrisiken und Krankheitsfolgen.
- Es geht um eine Reduktion dieser Risikofaktoren im Lebensstil oder in Lebensverhältnissen (z. B. Vereinsamung, Armut) oder des Fortschreitens von Erkrankungen bzw. Erkrankungsfolgen (z. B. diabetische Retinopathie oder diabetisches Fußsyndrom).

### Ziel und Zweck

#### Welchen Zweck hat Krankheitsprävention?

- Verhindern bzw. hinauszögern von Erkrankungen und Krankheitsfolgen

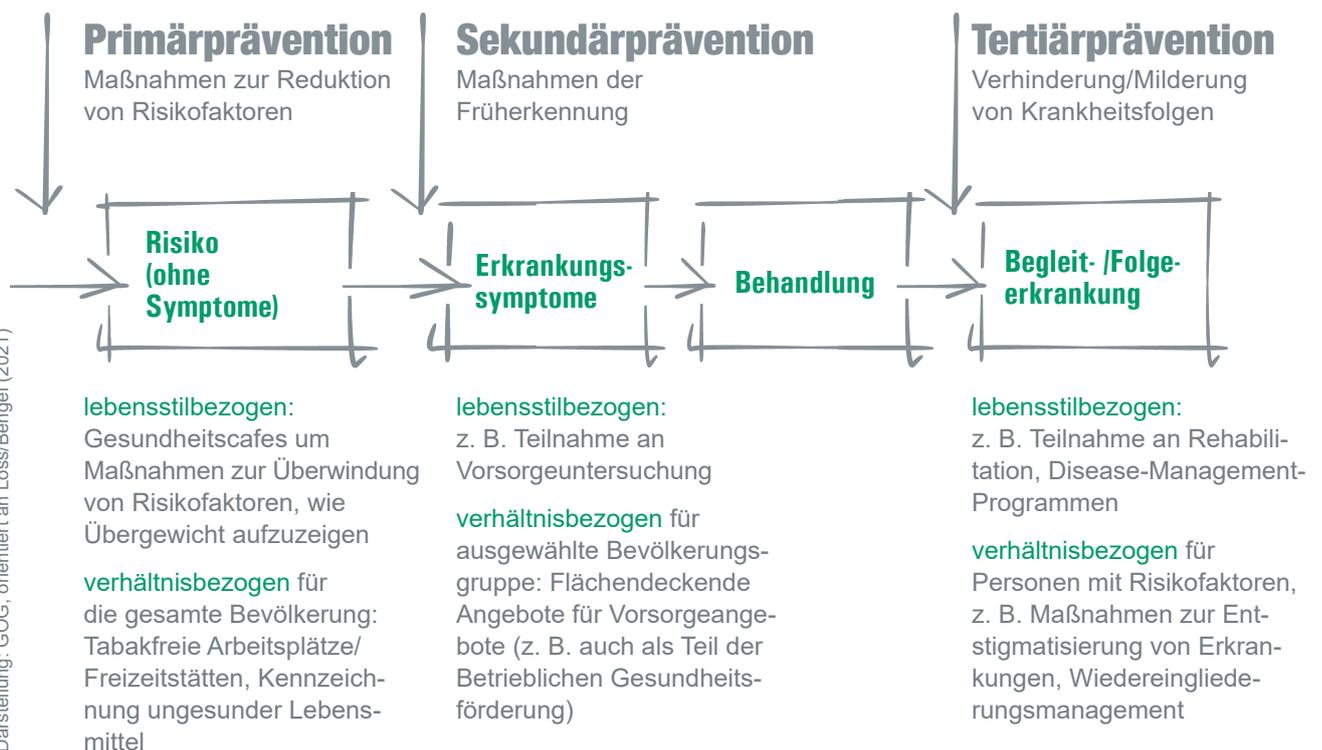
### Umsetzungsbeispiel

#### Wie kann in der Gesundheitseinrichtung Krankheitsprävention umgesetzt werden?

Beispiele dafür sind:

- Vorsorgeuntersuchungen mit anschließender Lebensstilberatung durchführen
- RaucherInnenkurzberatung anbieten
- Schulungen von Patientinnen/Patienten in Hinblick auf eine gesunde Ernährung
- zur Deeskalation von Gewalt beitragen – sowohl bei aufgebrachten Patientinnen/Patienten als auch bei Patientinnen/Patienten mit Gewalterfahrung

Abb. 2.4: Verhaltens- und Verhältnisprävention

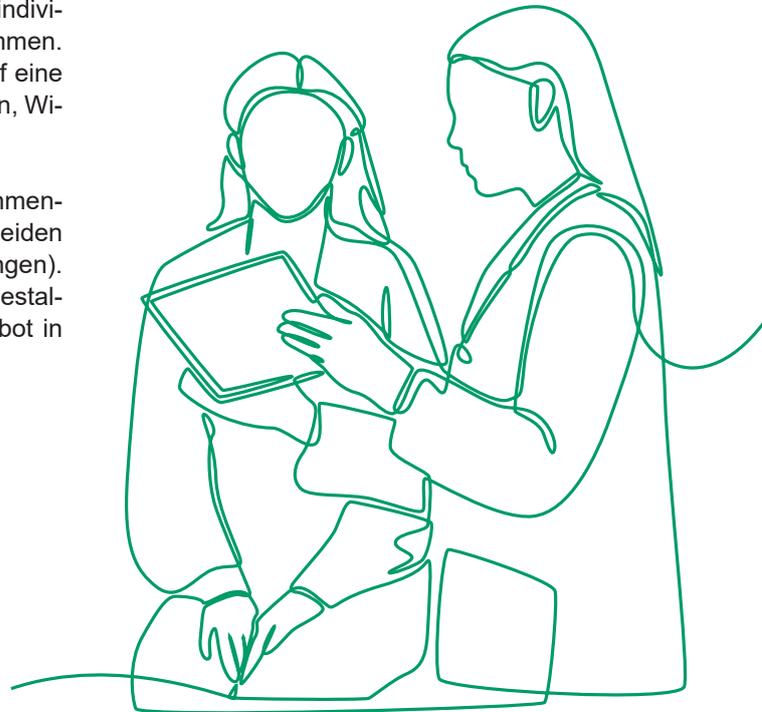


Darstellung: GÖG, orientiert an Loss/Bengel (2021)

Grundsätzlich gilt es zwei Ansätze der Krankheitsprävention zu unterscheiden und gleichermaßen zu berücksichtigen: die Verhaltens- und die Verhältnisprävention.

Mittels Verhaltensprävention wird Einfluss auf das individuelle Gesundheitsverhalten der Menschen genommen. Dabei ist es wichtig, Risikofaktoren bzw. Risiken auf eine nicht beschämende Art und Weise zu kommunizieren, Widerstände sind sonst vorprogrammiert!

Mittels Verhältnisprävention wird Einfluss auf Rahmenbedingungen genommen, um Krankheiten zu vermeiden (Arbeit, Familie, Freizeit oder auch Umweltbedingungen). Ziel ist es, diese Settings möglichst risikoarm zu gestalten (gesundheitsfördernde Arbeitsplätze, Rauchverbot in Gaststätten).



## 2.2. Gesundheitsförderung



### Begriffsbestimmung

#### Was meint Gesundheitsförderung?

„Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern. Durch Interventionen und Maßnahmen kann Gesundheitsförderung einen entscheidenden Einfluss auf die Determinanten der Gesundheit ausüben.“ (WHO 1997)

### Ziel und Zweck

#### Welchen Zweck hat Gesundheitsförderung?

- mehr gesunde Lebensjahre für die Bevölkerung
- eine höhere Arbeitszufriedenheit bei den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern von Gesundheitseinrichtungen
- Förderung der gesundheitlichen Ressourcen von Patientinnen/Patienten, um ihre gesunden Anteile bewahren und stärken zu können

### Umsetzungsbeispiel

#### Wie kann in der Gesundheitseinrichtung Gesundheitsförderung umgesetzt werden?

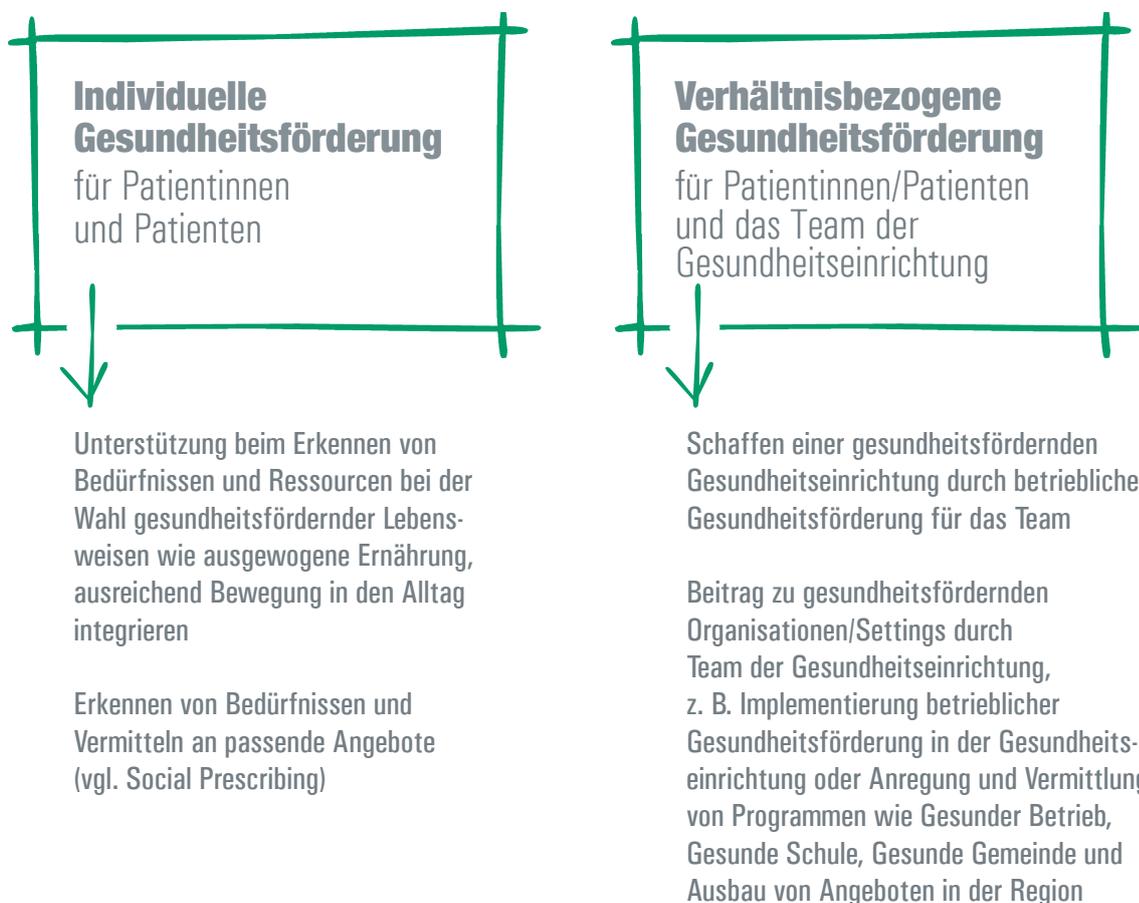
- bei jedem Patientenkontakt auch die Ressourcen von Patientinnen und Patienten (z. B. Handlungsmöglichkeiten, Hobbys) ansprechen
- Patientinnen und Patienten in die Behandlungsentscheidungen einbinden
- soziale Kontakte und Aktivitäten von Patientinnen und Patienten fördern durch Weitervermittlung an passende regionale Vereine, Selbsthilfegruppen o. Ä.
- gesundheitsförderliche Maßnahmen/Angebote in der Gesundheitseinrichtung

Patientinnen/Patienten, Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter und Bevölkerung sollen in die Lage versetzt werden, mehr Einfluss auf die Faktoren, die auf ihre Gesundheit einwirken, zu erlangen und ihre Gesundheit aktiv zu verbessern (= **Gesundheitsgewinn**).

Gesundheitsförderung setzt an den vorhandenen Ressourcen (z. B. Familie, Fähigkeiten) an und strebt danach, diese bei Personen (z. B. Lebensweise) und in der Gemeinde (Verhältnisse) zu fördern.

Maßnahmen hierzu können also sowohl auf das individuelle **Verhalten** (z. B. gesunde Ernährung, Bewegung) und die Lebensweise als auch auf gesundheitsfördernde **Verhältnisse** (z. B. gesunde Arbeitsbedingungen, Freizeitanlagen) abzielen.

**Tabelle 2.2: Verhaltens- und verhältnisbezogene Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen der Primärversorgung**



Darstellung: GÖG

### Was bedeutet eine gesundheitsfördernde Grundhaltung?

Kern der Gesundheitsförderung ist eine spezifische Grundhaltung, die auch in der Primärversorgung zum Ausdruck kommen kann. Gesundheit wird umfassend verstanden und schließt die körperliche, psychische und soziale Gesundheit der Patientinnen/Patienten und Mitarbeitenden der Gesundheitseinrichtung und der Bevölkerung in der Region ein.

Diese Orientierung an Gesundheit und die spezifische Grundhaltung spiegeln sich in den Grundprinzipien der Gesundheitsförderung wider (vgl. Abbildung 2.4):

- **Umfassender Gesundheitsbegriff:** Neben der medizinischen Diagnose und Behandlung werden subjektive Bedürfnisse der Patientin/des Patienten in Hinblick auf das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden berücksichtigt.
- **Ressourcenorientierung:** Im Gespräch und bei Behandlungen werden persönliche, soziale und strukturelle Ressourcen der Patientinnen/Patienten im Sinne von Stärken, Potenzialen und Kompetenzen angesprochen und berücksichtigt.  
**Beispiele dafür sind Hobbys, Familien- und Freundschaftsnetzwerk oder kleine Dinge, die Freude machen.**
- **Zielgruppenorientierung:** (Kommunikations-)Methoden, Maßnahmen und Interventionen werden an die Bedürfnisse und Ausgangsbedingungen der Patientin/des Patienten angepasst.  
**Beispiele dafür sind das Verwenden von Erinnerungskärtchen für die Terminvereinbarung bei Menschen mit Vergesslichkeit oder Gesundheitsförderungsaktivitäten, die an der Lebensbiografie der Teilnehmerinnen/Teilnehmer ansetzen.**
- **Empowerment:** Vorhandene Ressourcen der Patientin/des Patienten (Fähigkeiten, Motivation, Netzwerke) werden in einer Weise genutzt, dass diese/dieser befähigt wird, Probleme selbst zu lösen.  
**Beispiele dafür sind die Stärkung der Mobilität durch einen Rollator oder die Ermutigung, an einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen.**

Gesundheitsförderung nimmt auch die Verhältnisse in den Blick. Prinzipien, die dabei zu beachten sind, setzen vor allem an Aktivitäten an, die auf Kooperationen bauen (Rojatz et al. 2018):

- **Partizipation:** Maßnahmen werden von Mitarbeitenden der Primärversorgung und Patientinnen/Patienten bzw. der regionalen Bevölkerung gemeinsam geplant und umgesetzt.  
**Beispiele dafür sind die Beteiligung im Rahmen von Workshops oder in Patientenbeiräten.**
- **Vernetzung:** Der Kontakt mit anderen Angeboten in der Region wird gesucht und das Austauschen von Erfahrungen, das Nutzen von Synergien und wechselseitiges Lernen unterschiedlicher Akteurinnen/Akteure (u. a. aus Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung, Zivilgesellschaft) werden gefördert.
- **Setting- und Determinantenorientierung:** Neben den Lebensstilfaktoren (z. B. Tabakkonsum, Ernährung) werden auch Einflussfaktoren aus dem Wohnumfeld im Rahmen von Aktivitäten adressiert.
- **Gesundheitliche Chancengerechtigkeit:** Das Team der Gesundheitseinrichtung ist sensibilisiert für unterschiedliche Lebenslagen. Patientinnen und Patienten in sozial benachteiligten Lebenslagen werden in nicht beschämender Weise darauf angesprochen und bedarfsgerecht unterstützt, z. B. Berücksichtigung von Kosten bei der Auswahl von Maßnahmen.
- **Nachhaltigkeit:** Damit Menschen Vertrauen in Angebote haben können, hilft es, wenn diese langfristig verfügbar sind.

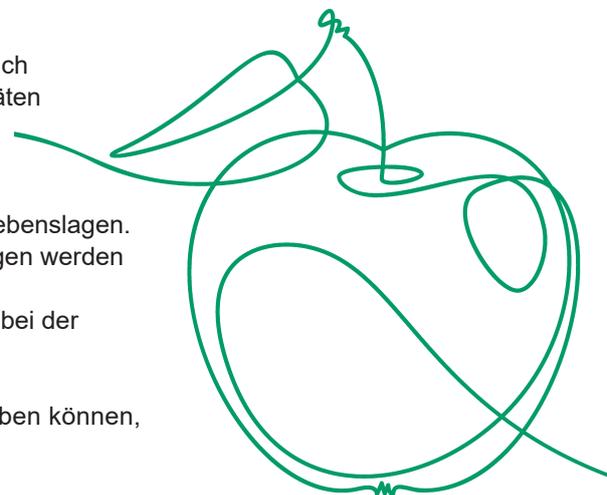
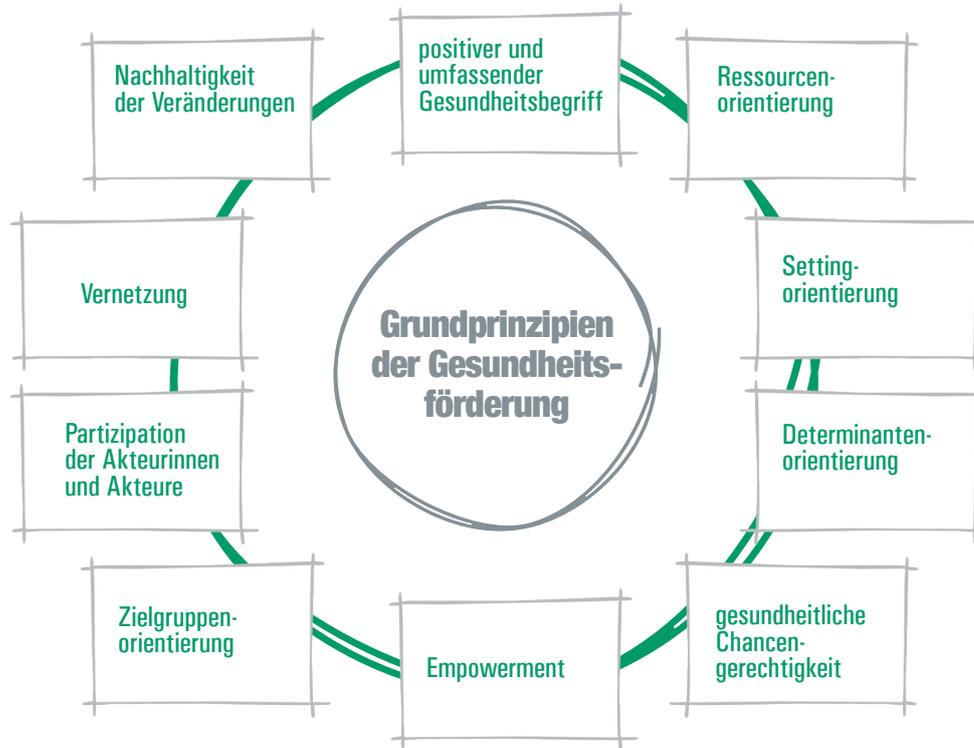


Abb. 2.5: Grundprinzipien der Gesundheitsförderung



Quelle: GÖG, adaptiert nach Prabisan/Pleschberger (2021)

## 2.3. Gesundheitskompetenz



### Begriffsbestimmung

#### Was meint Gesundheitskompetenz?

Gesundheitskompetenz ist ein wichtiger Einflussfaktor auf Gesundheit. Es geht darum, wesentliche Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. So sollen Menschen im Alltag gute Entscheidungen in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Krankenversorgung treffen können.

### Ziel und Zweck

#### Welchen Zweck hat Gesundheitskompetenz?

- gute Gesundheitsentscheidungen treffen
- eine bessere Kommunikation zwischen Gesundheits- und Sozialberufen in der Primärversorgung und den Patientinnen/Patienten
- bessere Termintreue von Patientinnen und Patienten
- bessere Orientierung und bessere Navigation von Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem (organisationale Gesundheitskompetenz in der Primärversorgung)



## Umsetzungsbeispiel

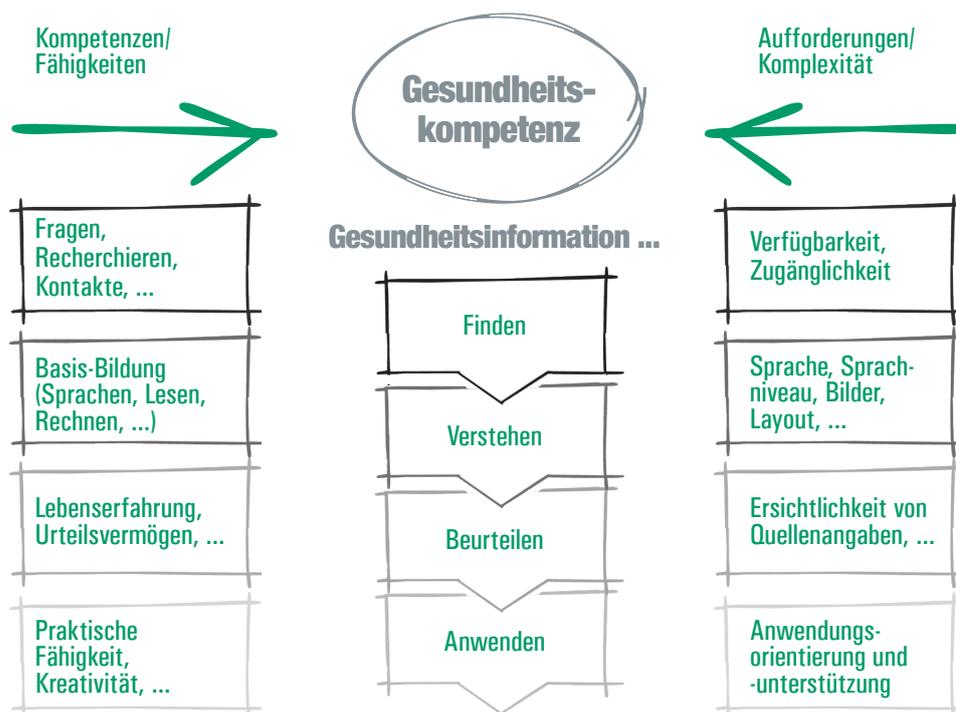
### Wie kann in und durch die Gesundheitseinrichtung Gesundheitskompetenz gestärkt werden?

- Schulung der Gesundheits- und Sozialberufe in Kommunikation unterstützt eine gute Gesprächsqualität in der Interaktion mit Patientinnen und Patienten
- Bereitstellung von Guten Gesundheitsinformationen für die Patientinnen und Patienten
- Schaffung von Rahmenbedingungen in der Gesundheitseinrichtung, die eine leichte Orientierung innerhalb der Einrichtung und einen leichten Zugang zu Gesundheitsinformationen ermöglichen
- Empowerment von Patientinnen und Patienten, indem sie z. B. dazu ermutigt werden, Fragen zu stellen (siehe auch: Infoblatt „Hallo, Ihr Arztgespräch beginnt in Kürze“ = „3 Fragen für meine Gesundheit“), und man sich vergewissert, dass die Patientinnen/Patienten das Gesagte verstanden haben

Gesundheitskompetenz ist ein relationales Konzept. Damit ist sie einerseits eine Frage der persönlichen Fähigkeiten, sie hängt aber andererseits von den Anforderungen der Umgebung an diese Fähigkeiten ab (Parker 2009). Es kann daher zwischen Maßnahmen zur Stärkung der persönlichen Gesundheitskompetenz und der organisationalen Gesundheitskompetenz (z. B. eine gesundheitskompetente PVE, Einzel- oder Gruppenpraxis) unterschieden werden.

Eine gesundheitskompetente Gesundheitseinrichtung in der Primärversorgung „ist eine Einrichtung, die ihren Patientinnen/Patienten bzw. ihren Nutzer/-innen die Suche, das Verständnis, die Beurteilung und Anwendung von Gesundheitsinformationen erleichtert. Sie zielt darauf ab, eigene Produkte und Dienstleistungen einfacher verständlich und nutzbar zu machen und Barrieren, die die Orientierung/Navigation in der Gesundheitseinrichtung erschweren, zu reduzieren“ (ÖPGK 2019).

Abb. 2.6: Gesundheitskompetenz als relationales Konzept



Quelle: Dietscher et al. (2015)

### Warum ist die Stärkung der Gesundheitskompetenz besonders wichtig?

Herausforderungen wie die Digitalisierung in der Vermittlung von Gesundheitsinformationen, die Komplexität des Gesundheitssystems, die stetige Zunahme von nichtübertragbaren Krankheiten und Pandemien verstärken den Bedarf, die Bevölkerung mit Gesundheitsbotschaften zu erreichen und sie in ihren gesundheitsbezogenen Entscheidungen und Handlungen bestmöglich zu unterstützen. Das bestätigen u. a. die aktuellen Ergebnisse des internationalen Health Literacy Survey (HLS<sub>19</sub>-AT) für Österreich (Griebler et al. 2021). Eine erhöhte Gesundheitskompetenz steht auch im Zusammenhang mit der zielgerichteten Nutzung von Versorgungspfaden und damit einhergehenden Kostenersparnissen (Pelikan et al. 2013). Im Rahmen von HLS<sub>19</sub>-AT wurden erstmals auch Daten zu spezifischen Bereichen der Gesundheitskompetenz erhoben. Im Vergleich zur allgemeinen Gesundheitskompetenz zeigt sich, dass die größten Herausforderungen im Bereich der Navigationskompetenz (Orientierung im Gesundheitssystem) und bei der digitalen Gesundheitskompetenz (Umgang mit Online-Informationen) bestehen. Auch in puncto Impfinformationen fällt die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung geringer aus als bei der allgemeinen Gesundheitskompetenz. Vergleichsweise stark ausgeprägt ist die kommunikative Gesundheitskompetenz im Rahmen ärztlicher Gespräche. Daher fällt der Primärversorgung auch eine gesundheitsedukative Rolle zu.

### Was bedeutet Gesundheitskompetenz im Praxisalltag?

Wie bereits in Abbildung 2.6 dargestellt, gibt es auch für die Umsetzung von Gesundheitskompetenz Grundprinzipien (Rojatz et al. 2018):

- **Zugänglichkeit:** Der Zugang zur Gesundheitseinrichtung ist niederschwellig und innerhalb der Einrichtung finden sich Patientinnen/Patienten gut zurecht.  
**Beispiele dafür sind leicht auffindbare Informationen zur Gesundheitseinrichtung im Internet, keine baulichen Barrieren beim Zugang, gute Verkehrsanbindung und Beschilderungen.**
- **Verständlichkeit:** Die Gesundheitseinrichtung bemüht sich, für Patientinnen/Patienten verständliche Informationen (schriftlich und mündlich) weiterzugeben. Patientinnen/Patienten können Informationen (anhand der für sie wichtigen Kriterien) beurteilen und gemeinsam mit den Gesundheitsberufen kann eine gute Entscheidung getroffen werden.  
**Beispiele dafür sind Informationen in einfacher Sprache, mehrsprachige Informationsmaterialien.**
- **Transparenz für gute Entscheidungen:** Gesundheitsinformationen, Leistungsangebote sowie Vor- und Nachteile von Behandlungsmöglichkeiten werden Patientinnen/Patienten offen kommuniziert.  
**Ein Beispiel dafür ist das Auflegen von Guten Gesundheitsinformationen in Wartezimmern.**
- **Anwendbarkeit:** Die Behandlungsvorschläge und Vereinbarungen sollen von Patientinnen/Patienten gut umgesetzt werden können.

**Beispiel: „Gemeinsam Entscheidungen treffen“ – Shared Decision-Making:** Shared Decision-Making ist ein Ansatz, in dem Patientinnen/Patienten und Fachpersonal auf Augenhöhe sind. Entscheidungsrelevante Informationen werden transparent ausgetauscht. Dazu wird im Patientengespräch Raum dafür geschaffen, dass sich die Patientin/der Patient aktiv einbringen und ihre/seine Gedanken, Sorgen, Fragen und Erwartungen offen mitteilen kann. Das erhöht die Chance, eine Lösung zu finden, die im Lebensalltag der Person anwendbar ist.

### Organisationsentwicklung: Gesundheitskompetente Gesundheitseinrichtung

Um die Gesundheitseinrichtung gesundheitskompetent zu gestalten, wurden Standards und ein Selbstbewertungsinstrument entwickelt. Nachfolgend wird ein kurzer Überblick über die Standards und ihre Umsetzungsmöglichkeiten gegeben:

- Managementgrundsätze und Unternehmensstrukturen für Gesundheitskompetenz etablieren  
**Beispiel:** Die **Zuständigkeit für Gesundheitskompetenz** ist innerhalb der Einrichtung klar geregelt und es gibt beispielsweise eine beauftragte Person für Gesundheitskompetenz.
- **Materialien und Angebote** partizipativ entwickeln und evaluieren  
**Beispiel:** Das **Sich-Zurechtfinden in der Gesundheitseinrichtung** wird mit Patienten(-gruppen) getestet. Methoden wie Walking Interviews können hierfür angewandt werden.
- **Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter** für die gesundheitskompetente Kommunikation mit Patientinnen/Patienten **qualifizieren**  
**Beispiel:** Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter werden in patientenzentrierten Gesprächsmethoden (Teach-Back, Motivational Interviewing) geschult und bei Bedarf werden Dolmetschdienste eingesetzt.
- Mit Patientinnen/Patienten **gesundheitskompetent kommunizieren**  
**Beispiel:** Patientinnen/Patienten werden ausdrücklich dazu ermutigt, Fragen zu ihrer Situation zu stellen (z. B. Verwendung von „3 Fragen für meine Gesundheit“, Teach back).
- Die **Gesundheitskompetenz von Patientinnen/Patienten und Angehörigen** über den Besuch hinaus verbessern  
**Beispiel:** Die Gesundheitseinrichtung bietet Patientinnen/Patienten Schulungen zu gesundem Lebensstil an bzw. vermittelt sie an entsprechende Schulungsangebote weiter.
- Eine **unterstützende Umwelt** schaffen – Orientierung sicherstellen  
**Beispiel:** Im Navigationssystem werden Worte und Symbole der allgemein verständlichen Alltagssprache verwendet.
- Die **Gesundheitskompetenz der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter** verbessern  
**Beispiel:** Bei Mitarbeitergesprächen geht es auch um Fragen der Gesundheit bei der Arbeit und darum, wie Mitarbeitende ihre Gesundheit erhalten können.
- Zur **Gesundheitskompetenz in der Region** beitragen  
**Beispiel:** Die Gesundheitseinrichtung bietet qualitätsgesicherte und unabhängige Informationen zu aktuellen Gesundheitsthemen für die regionale Bevölkerung an (z. B. Gesundheitstag des Hauses, Vortragsreihe).

**Mehr dazu unter:** <https://oepgk.at/rahmenbedingungen-in-organisationen-und-settings/>



## 3. Primärversorgung und Public Health

Eine gesundheitsfördernde und gesundheitskompetente Gesundheitseinrichtung kann dazu beitragen, die großen Herausforderungen unserer Zeit zu bewältigen. Dazu zählen zum Beispiel (Rojatz et al. 2022):

- **universelle Gesundheitsversorgung** und **gesundheitliche Chancengleichheit**
- **Sicherstellen der finanziellen Nachhaltigkeit** durch Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung
- **Verbesserung der Qualität der Versorgung** durch Anpassung an veränderte Krankheitsbilder
- **Erhaltung der Gesundheit von Personen in Gesundheits- und Sozialberufen** in der Primärversorgung
- **digitale Inklusion**
- **Co-Benefits** aus gesundheitsförderndem Lebensstil und Klimaschutz im Rahmen von Planetary Health

Damit rückt neben der Behandlung einzelner Patientinnen und Patienten auch die Bedeutung der Primärversorgung für die Gesundheit der Bevölkerung in den Blick. Ein gesamtgesellschaftlicher „Primary Health Care“-Ansatz zielt darauf ab, das Niveau und die Verteilung von Gesundheit und Wohlbefinden in der Bevölkerung zu verbessern (WHO 2018). Ein wichtiger Baustein dazu ist die Bereitstellung von zentralen Public-Health-Services in den Gesundheitseinrichtungen der Primärversorgung. Konkret handelt es sich um Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz.

**Abb. 3.1: Überlappung von Public-Health-Leistungen und Primärversorgung**



Das Potenzial der Gesundheitseinrichtungen in der Primärversorgung liegt im häufigen und wiederkehrenden Kontakt mit den Patientinnen und Patienten – der Begleitung der Menschen im Verlauf des Lebens – und in der Kenntnis der regionalen Verhältnisse.

Haushalte sind der wichtigste Ort, wo Gesundheitsverhalten und Gesundheitskompetenz gelernt und gelehrt werden. Entsprechend kommt der Primärversorgung (neben dem Bildungssystem) eine besondere Bedeutung zu, wenn es darum geht, Personen und Familien in ihrer Gesundheitskompetenz zu stärken. Die Berufsgruppen in der Gesundheitseinrichtung begleiten Menschen im Verlauf ihres Lebens und unterstützen das Gesundheits- und Krankheitsmanagement ihrer Patientinnen und Patienten. Es geht daher in der Gesundheitseinrichtung um mehr als um die reine Behandlung von Krankheit. Dies ist gerade vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklungen und der Zunahme an chronischen Erkrankungen von zunehmender Bedeutung. Warum? Nichtübertragbare Erkrankungen (u. a. Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, psychische Probleme) sind für einen Großteil der Todesfälle und Krankheitslast in Europa verantwortlich. Die Gesundheitsprobleme könnten durch präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen weitgehend vermieden werden. Dies zeigt deutlich, dass die Gesundheit von Menschen nicht nur von medizinischen Interventionen bestimmt wird, sondern auch durch eine Reihe von sozialen, wirtschaftlichen und umweltbezogenen Faktoren. Auch die Bewältigung der Coronapandemie zeigte deutlich, dass etwa die Mitarbeit der Bevölkerung von guten Gesundheitskompetenzmaßnahmen abhängt.

Die Gesundheitseinrichtungen in der Primärversorgung sind bei der Umsetzung der Aufgabenbereiche nicht allein. Die Möglichkeiten für Kooperationen sind vielfältig und regional unterschiedlich. Für die Zusammenarbeit könnten psychosoziale Dienste, Gesunde Gemeinden/Bezirke, die Service Stelle gesunde Schule der ÖGK oder Gesundheitsförderungseinrichtungen in den Bundesländern (aks-Organisationen) infrage kommen. Primärversorgungseinheiten werden durch den ÖGK-Begleitprozess unterstützt!

**Tragen wir gemeinsam für mehr gesunde Lebensjahre bei!**

## 3.1. Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in der Umsetzungspraxis

**Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in der Primärversorgung ist eine gelebte ressourcenorientierte Grundhaltung. Eine gesundheitsfördernde Gesundheitseinrichtung der Primärversorgung steht für die Vision einer biopsychosozialen personenzentrierten und bevölkerungsorientierten Versorgung, welche Menschen ganzheitlich und in ihrem sozialen Umfeld versteht und sie im Verlauf ihres Lebens unterstützt und begleitet.**

Unabhängig vom Umsetzungsstand der Aufgabenbereiche Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in der Gesundheitseinrichtung kann bereits die für Gesundheitsorientierung typische Grundhaltung viel bewirken. In England gibt es beispielsweise die Initiative „Making Every Contact Count“.

**Beispiel:** „Making Every Contact Count“ ist eine Initiative des National Health Service in England. Die Intention: Gesundheitsressourcen in den Fokus rücken, indem Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe ermutigt werden, im Routinebetrieb Gelegenheiten zu nutzen, um mit dem Gegenüber Gespräche darüber zu führen, wie sie dessen Gesundheit oder Wohlbefinden positiv beeinflussen können.

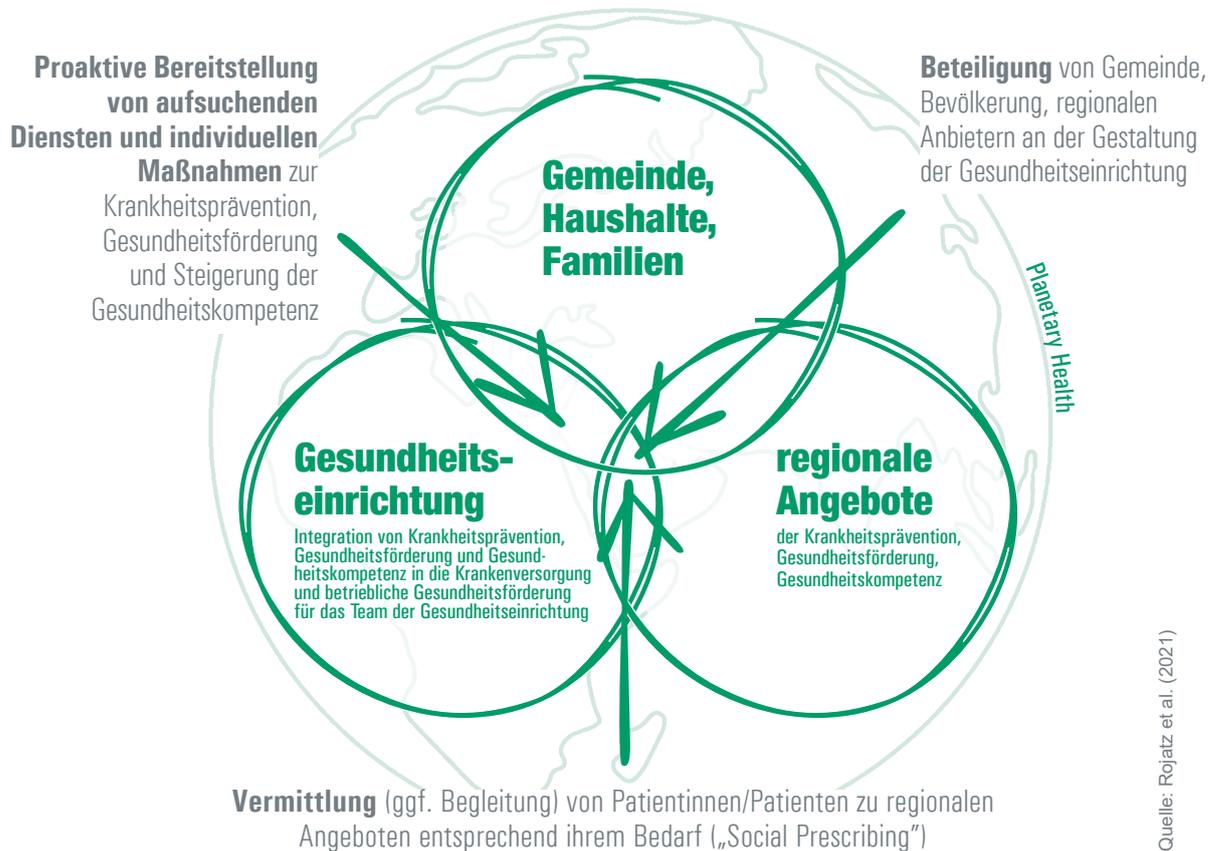
## 3.2. Die Aufgabenbereiche in der Umsetzungspraxis

Wie kann man sich die Aufgabenbereiche nun in der Praxis vorstellen?  
Abbildung 3.2 gibt eine Orientierung, wie es gelingen kann.

### Die Gesundheitseinrichtung ...

- **setzt Maßnahmen** der Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in der Einrichtung wie Vorsorgeuntersuchung, Motivierende Gesprächsführung für einen gesünderen Lebensstil, Gesundheitscafés für die Bevölkerung oder Bewegungs- und Entspannungskurse für Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter um.
- **vermittelt Patientinnen und Patienten** an regionale Angebote wie Selbsthilfegruppen, Gemeinschaftsaktivitäten oder Beratungseinrichtungen weiter.
- **bietet aufsuchende Dienste an** und nimmt mit Hausbesuchen das Wohnumfeld der Patientin/des Patienten in den Blick und gibt Empfehlungen (z. B. zur Sturzprävention).
- **passt** durch Beteiligung (z. B. Workshops mit der Zielgruppe, Patientenbeirat) von Patientinnen/Patienten, Bevölkerung und Gemeinde die **Angebote noch besser an den Bedarf** der Nutzerinnen/Nutzer an und kooperiert mit Organisationen und der Bevölkerung.
- **trägt zum Klimaschutz und zur Klimawandelanpassung bei** (z. B. durch klimafreundliche Fahrzeuge und Anfahrtsmöglichkeiten zur Gesundheitseinrichtung bis hin zur Beachtung des Themas bei der Medikamentenverschreibung und der Lebensstilberatung von Patientinnen und Patienten).

**Abb. 3.2: Eckpunkte einer an Gesundheit orientierten Gesundheitseinrichtung in der Primärversorgung**

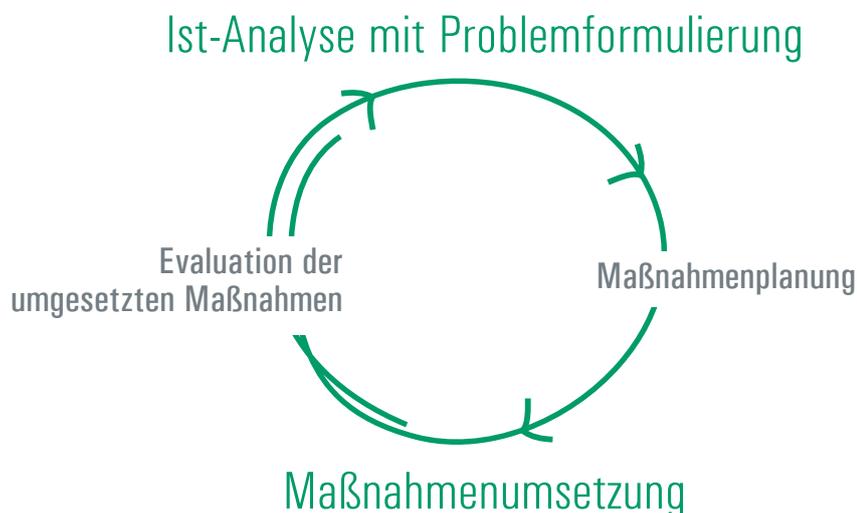


Quelle: Rojatz et al. (2021)

Wie können Maßnahmen der Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz optimal in die Prozesse der Gesundheitseinrichtung eingebunden werden? Dafür empfiehlt sich ein strukturiertes Vorgehen – Primärversorgungseinheiten werden hier auch durch den ÖGK-Begleitprozess unterstützt!

- 1. Problemformulierung:** In einem ersten Schritt empfiehlt sich eine Ist-Analyse und die Definition von Problemen bzw. Bedarfen der zu versorgenden Bevölkerung. Leben im Einzugsbereich viele jüngere, ältere, alleinstehende oder pflegebedürftige Menschen? Für die Analyse stehen datenbasierte regionale Versorgungsprofile zur Verfügung: <https://primaerversorgung.gv.at/regionale-versorgungsprofile>.
- 2. Maßnahmenplanung:** Die Maßnahmen der Gesundheitseinrichtung in der Primärversorgung werden entsprechend dem regionalen Bedarf (Gesundheitsverhalten der Bevölkerung, regionale Verhältnisse), im besten Fall unter Einbeziehung der Bevölkerung im Einzugsbereich und von Patientinnen und Patienten, geplant. Möglichkeiten zur Einbeziehung der Bevölkerung sind beispielsweise Workshops, runde Tische oder Walking Interviews. Maßnahmen adressieren dabei nicht nur Patientinnen/Patienten und ihre Angehörigen, sondern auch Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der Gesundheitseinrichtung und die regionale Bevölkerung.
- 3. Maßnahmenumsetzung:** Die Umsetzung von Maßnahmen kann unterschiedlich verlaufen. Sie kann von kleinen, aber wirksamen Schritten wie der Nutzung jedes Patientenkontakts, um auch Gesundheitsressourcen zu thematisieren (z. B. energiespendende Hobbys, kleine Achtsamkeitsübungen), über größere Schritte mit der Berücksichtigung von Gesundheitsförderung in Team- oder Fallbesprechungen bis zur Umsetzung von Maßnahmen (z. B. RaucherInnenkurzberatung, Ernährungsberatung, Gesundheitscafés) in der täglichen Versorgung reichen.
- 4. Evaluation der umgesetzten Maßnahmen:** Unter Einbeziehung der Patientinnen/Patienten, Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter und, wo passend, der Bevölkerung kann die Maßnahmenumsetzung und Annahme der Angebote gemeinsam reflektiert werden. Die Ergebnisse können zur Verbesserung der Angebote bzw. ggf. zur Entwicklung weiterer Maßnahmen herangezogen werden. Hierzu bieten sich neben Feedbackbögen auch Workshops mit Patientinnen und Patienten oder Patientenbeiräte an.

**Abb. 3.3: Public Health Action Cycle**



## 4. Hier finden Sie Unterstützung bei der Umsetzung

Wenn Sie Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in Ihrer Einrichtung auf- oder ausbauen wollen, stehen Ihnen mehrere Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung:

- **der ÖGK-Begleitprozess exklusiv für PVE:** [www.gesundheitskasse.at/pve](http://www.gesundheitskasse.at/pve)
  - In jedem Bundesland gibt es eine ÖGK-Ansprechperson, die Sie ab der Gründungsphase unterstützt. Der Begleitprozess umfasst u. a. ein Erstgespräch, einen Einführungsworkshop sowie Jahresgespräche und regelmäßige Vernetzungstreffen mit anderen PVE.
- **Plattform Primärversorgung:** <https://primaerversorgung.gv.at/gesundheitsorientierung>
  - Übersicht über verfügbare Unterstützungstools (z. B. Checklisten, Leitfäden, Kurzanleitung von der Umsetzung eines Gesundheitscafés)
  - Mediathek mit Videos zu Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz
  - Vernetzungsmöglichkeiten auf Bundesebene, z. B. halbjährliche Stammtische



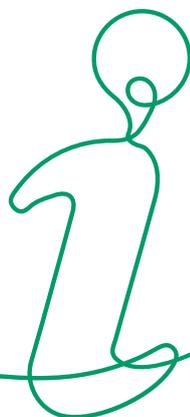
Das Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen unterstützt österreichische Gesundheitseinrichtungen in ihrer Reorientierung in Richtung Gesundheitsförderung u. a. mit einem Online-Selbstbewertungstool.

Mehr dazu auf: [www.ongkg.at](http://www.ongkg.at)

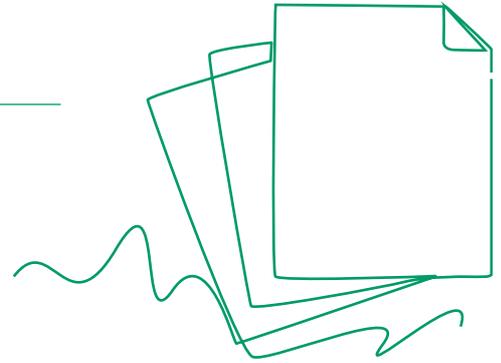


Die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) bietet neben thematischen Schwerpunkten wie Gute Gesundheitsinformationen, Gute Gesprächsqualität im Gesundheitssystem auch ein Wissenscenter mit Tools, Videos und wissenschaftlicher Hintergrundliteratur.

Mehr dazu auf: [www.oepgk.at](http://www.oepgk.at)



## 5. Literatur



Antonovsky, Aaron (1996): The salutogenic model as a theory to guide health promotion. In: Health Promotion International 11/1:11-18

BMSGPK (2021): 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 (BMSGPK), Wien

Dahlgren, Göran; Whitehead, Margaret (1991): Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Institute for Futures Studies, Stockholm

Dietscher, Christina; Lorenc, Jakob; Pelikan, Jürgen (2015): Toolbox 2015 zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen (WKGKKO). Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR), Wien

Griebler, Robert; Straßmayr, Christa; Mikšová, Dominika; Link, Thomas; Nowak, Peter; und die Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der ÖPGK (2021): Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitskompetenz-Erhebung HLS19-AT. Gesundheit Österreich, Wien

Huber, Machteld; Knottnerus, 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

Hurrelmann, Klaus; Richter, Matthias (Hg.) (2016): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. 4 Aufl., Springer Fachmedien, Wiesbaden

Levesque, Jean-Frederic; Breton, Mylaine; Senn, Nicolas; Levesque, Pascale; Bergeron, Pierre; Roy, Denis A. (2013): The Interaction of Public Health and Primary Care: Functional Roles and Organizational Models that Bridge Individual and Population Perspectives. In: Public Health Reviews 35/1: epub ahead of print

Loss, Julika; Bengel, Jürgen (2021): 5.1. Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation. In: Online Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie. Hg. v. Deinzer, Renate; von dem Knesebeck, Olaf. German Medical Science GMS Publishing House, Berlin

Pelikan, Jürgen M.; Ganahl, Kristin; Röthlin, Florian (2013): Gesundheitskompetenz verbessern: Handlungsoptionen für die Sozialversicherung. Gesundheitswissenschaften. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Linz

Primärversorgungsgesetz: Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz – PrimVG), BGBl. I Nr. 131/2017, in der geltenden Fassung

PrimVG (2023): Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz – PrimVG), BGBl. I Nr. 81/2023, BGBl. I Nr. 81/2023

Rojatz, Daniela; Rath, Stephanie; Holzweber, Leonie; Atzler, Beate; Nowak, Peter (2021): Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in der Primärversorgungseinheit. Info-Mappe. Version 2.0. Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen und Fonds Gesundes Österreich, Wien

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

Rojatz, Daniela; Wahl, Anna-Kristina; Straßmayr, Christa; Nowak, Peter (2022): Health promoting primary care, a key element of primary health care: Why? What? How? Gesundheit Österreich, unveröffentlicht

WHO (1986): Ottawa-Charter for Health Promotion. International Conference on Health Promotion, Ottawa

WHO (2018): Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care. 25. und 26. Oktober 2018, Astana



[www.sozialversicherung.at](http://www.sozialversicherung.at)